

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認申請書

年 月 日

小豆島町長 様

事業所名
事業所所在地

計画作成者氏名

下記の被保険者に対して、下記の福祉用具の貸与が特に必要と判断しましたので、確認を依頼します。

1. 被保険者情報

Table with 4 columns: 氏名, 住所, 被保険者番号, 生年月日. Includes fields for 要介護度 and 認定有効期間.

2. 必要と判断した福祉用具の種目等 (該当する口にレ点を記入)

Table for welfare equipment selection. Includes checkboxes for items like 車いす, 特殊寝台, 認知症老人徘徊感知機器, etc.

※ 「医療機関名・医師名」、「医師への確認日」及び「当該福祉用具が特に必要な理由 (医師の医学的な所見)」の欄は、主治医意見書、医師の診断書または居宅 (介護予防) サービス計画から転記すること。

3. 医学的な所見等 (該当する口にレ点を記入)

Table for medical findings. Includes checkboxes for conditions like 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻りに第95号告示第25号のイに該当する者.

4. サービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメント

Table for service manager meeting. Includes fields for 開催日, 出席 (回答) 事業者 (担当者名).

※ 添付書類 医学的所見の確認書類、サービス担当者会議の記録 (写)、介護予防サービス・支援計画書又は居宅サービス計画書 (写)