

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する確認について

玖珠町長 様

居宅介護（介護予防）事業所名

担当者（計画作成者）

電話番号

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して、次の被保険者が下記Ⅰ～Ⅲの状態像に該当することが医師の意見（医学的所見）に基づき判断され、サービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることについて下記のとおり確認を依頼します。

被保険者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
住 所			被保険者番号	
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		要介護度	

◆医学的所見

該当するものに○	Ⅰ 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繁に厚生労働大臣が定める者（平成 27 年厚生労働省第 94 号告示第 3 1 号のイ）に該当する者		
	Ⅱ 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに厚生労働大臣が定める者（平成 27 年厚生労働省第 94 号告示第 3 1 号のイ）に至ると確実に見込まれる者		
	Ⅲ 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から厚生労働大臣が定める者（平成 27 年厚生労働省第 94 号告示第 3 1 号のイ）に該当すると判断できる者		
担当医師名(医療機関名)		所見確認日	年 月 日
主治医からの情報・意見 [署名又は押印		☐ 運動機能障害がある ☐ 四肢関節痛、腰痛などの疼痛がある ☐ 心臓疾患がある ☐ 慢性呼吸器疾患がある ☐ 慢性神経疾患がある ☐ その他（ ）	

◆ケアマネジメントの結果、貸与が必要と判断した福祉用具

貸与が必要と判断した福祉用具の種類	ア 車いす及び車いす付属品	イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品
	ウ 床ずれ防止用具及び体位変換器	エ 認知症老人徘徊感知機器
	オ 移動用リフト	カ 自動排泄処理装置
利用開始日（予定）	年 月 日	福祉用具貸与事業者

添付書類 ☐ 要介護：居宅サービス計画書（１）、（２）
要支援：介護予防サービス支援計画書の写し
☐ サービス担当者会議の記録

町確認欄

注意事項

※医学的所見に基づく貸与判断を行った場合は玖珠町の確認印を要する。
※居宅サービス計画に記載される必要な理由は、必要に応じて随時見直すこと。
※自立支援に資する（状態の悪化につながらない）ことを前提とすること。
※サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントのもとで判断すること。
※指定福祉用具貸与事業者は、基本調査の結果の確認に用いた文書等については、サービス記録と併せて保存すること。