

(様式1 事業者 → 市)

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付にかかる確認依頼書

令和 年 月 日

横手市高齢ふれあい課長 あて

事業所名 \_\_\_\_\_

管理者名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり、福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与)の例外給付にかかる確認を依頼します。

### 1. 貸与を予定している被保険者

|                 |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|
| 被保険者番号          |  | 被保険者氏名   |  |
| 住所              | 横手市  |  |  |
| 要介護度            | <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 認定申請中 |  |  |
| 認定有効期間          | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日  |  |  |
| 状態像<br>(該当に「○」) |  | 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、頻繁に表1の状態像に該当する者          |  |
|                 |  | ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに表1の状態像に該当するに至ることが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表1の状態像に該当すると判断できる者 |  |

### 2. 貸与を予定している福祉用具(該当に○)

|                     |          |             |  |          |
|---------------------|----------|-------------|--|----------|
| 福祉用具の種類<br>(該当に「○」) |          | 特殊寝台        |  | 特殊寝台付属品  |
|                     |          | 床ずれ防止用具     |  | 体位変換器    |
|                     |          | 認知症老人徘徊感知機器 |  | 自動排泄処理装置 |
| 利用開始(予定)日           | 令和 年 月 日 |             |  |          |

|            |  |       |
|------------|--|-------|
| 横手市<br>記入欄 | 《添付書類確認》   | 《受付印》 |
|            | <input type="checkbox"/> 医学的な所見の確認書類の写し<br><input type="checkbox"/> サービス担当者会議の要点 4表の写し<br>(介護予防の場合は「介護予防支援経過記録」)<br><input type="checkbox"/> ケアプラン1表2表(または予防ケアプラン)案の写し |       |