

福祉用具貸与(例外給付)確認依頼書

被保険者	フリガナ		被保険者番号					
	氏名							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
	住所						電話番号	
	要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1						
	認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日			
	状態							
福祉用具種別	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具・体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト							
例外給付対象事由	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、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者 II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態にな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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者							
壬生町長 様 上記のとおり、福祉用具貸与の例外給付に該当すると思われますので、医師の意見(医学的な所見)とサービス担当者会議等を経た適切なマネジメントの結果が明記されている書類を添えて、確認申請いたします。 年 月 日 (依頼者) 事業所名 事業者番号 開設法人名 代表者氏名								

※町記入欄

福祉用具貸与(例外給付)確認書(回答)	
上記申請のあった福祉用具貸与の例外給付について、「医師の意見(医学的な所見)」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を確認いたしました。	
年 月 日	
壬生町長 小菅 一弥	

添付書類

医師意見(医学的な所見)	有 ・ 無	サービス担当者会議等を経たケアマネジメント結果	有 ・ 無	福祉用具のカタログ	有 ・ 無
--------------	-------	-------------------------	-------	-----------	-------