福祉用具貸与例外給付確認依頼書

|  |
| --- |
| 令和　 　 年　 月　 日 |

（宛先）佐倉市長

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 依　　頼　　者 | 事業所所在地 | | 〒 | |
| 事 業 所 名 | |  |  |
| 電 話 番 号 | |  | |
| 委託の場合 | 委託先事業所名 |  | |
| 電 話 番 号 |  | |
| 計画作成者氏名 | |  | |

以下のとおり福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、確認を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | 被保険者番号 |  | |
| 介 護 度 | 要支援１　要支援２　要介護１ | |
| 貸 与 種 別 | 車いす　　　　　車いす付属品  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器  移動用リフト | | | | | | 貸与開始  年 月 日 | 年 　 月 　 日 | |
| ※市に事前連絡した場合の連絡日 | 年　 　月　　 日 | |
| （具体的に： |  | | | | ） | 貸与予定  事 業 者 |  | |
| 自動排泄処理装置 | | | | | |
| 意見を求めた  担当医 | 医療機関名 | |  | | | | | | |
| 担 当 医 | |  | | | | 確 認 日 | 年　 　月　　 日 | |
| 確認方法 | | 主治医意見書・診断書　　受診同席　　電話・ＦＡＸ ※病院スタッフ経由可  退院時カンファレンス・サービス担当者会議 | | | | | | |
| その他（具体的に： | |  | | | | ）※本人・家族経由での聞き取りは不可 |
| 福祉用具が  必要な理由 | 病　 名 | |  | | | | | | |
| 該当する状態 | |  | 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 | | | | | |
| 具体的な状態 | |  | | | | | | |

【添付書類】①サービス担当者会議の要点（要支援の場合、支援経過記録）の写し

②居宅サービス計画（１）（２）（要支援の場合、支援計画書）の写し

※医師の診断書がある場合はその写し、暫定プランを作成した場合は暫定時の①・②の写しも必要