

福祉用具貸与の例外給付承認依頼書

新規 ・ 継続

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----------|---------|----|---------|---|---|---|--|--|--|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | 利用開始(予定)日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | |
| 認定有効期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 貸与予定品目 | <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 | | | | | | | | | | |
| 医師の医学的所見等 | <input type="checkbox"/> 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状態に該当する者 <input type="checkbox"/> 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状態に該当する者 <input type="checkbox"/> 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状態に該当すると判断できる者 | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 主治医意見書（写しを添付） <input type="checkbox"/> 医師の診断書（写しを添付） <input type="checkbox"/> 医師所見（下欄に記入） <input type="checkbox"/> 担当の介護支援専門員が医師から聴取（下欄に記入） | | | | | | | | | | |
| | 医療機関名 | | | | 担当医師連絡先 | | | | | | |
| | 担当医師名 | | | | 所見確認日 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | 医師所見内容 | | | | | | | | | | |
| ケアプラン点検項目 | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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か <input type="checkbox"/> 当該福祉用具貸与に至った状態像の維持・改善の要素、利点に着目し、サービス（検討課題）に繋がっているか。 <input type="checkbox"/> 「居宅サービス計画書」（「介護予防サービス支援計画表」）及び「サービス担当者会議の要点」を添付しているか。 <input type="checkbox"/> 「サービス担当者会議の要点」には、医師名・医師の所見・福祉用具専門相談員等の意見・利用者が当該福祉用具を必要な具体的な理由（状態像、当該福祉用具の活用内容、期待される効果等）が記載されているか。 | | | | | | | | | | | |
| 奄美市長 殿 上記のとおり、医師の医学的所見に基づき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を行ったところ、（介護予防）福祉用具貸与の必要があると判断しましたので、確認をお願いします。 令和 年 月 日 所在地 事業所 名称 介護支援専門員氏名 | | | | | | | | | | | |
| 【奄美市記入欄】 | | | | | | | | | | | |
| 上記の内容について | | | 承認しない理由 | | | | <input type="checkbox"/> 承認します <input type="checkbox"/> 承認しません | | | | |
| 課長 | 補佐 | 係長 | 担当 | 起案 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | | | 決裁 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |
| | | | | 連絡 | 令和 | 年 | 月 | 日 | | | |

