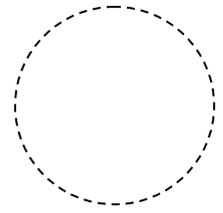


福祉用具貸与例外給付に係る確認書



年 月 日

大和郡山市長 宛

居宅介護(介護予防)支援事業所名 _____

担当介護支援専門員(担当者)名 _____

(委託の場合：地域包括支援センター担当者 _____)

下記の被保険者について、福祉用具の貸与が必要ですので例外給付の対象者であることを確認してください。

被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0								
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 から			年 月 日まで										
必要な用具														
疾病名														
心身の状態及び用具を必要とする理由														
該当区分	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 ii 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間の内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 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													
医学的所見の確認方法	1 主治医意見書 2 診断書 3 ケアマネジャーによる聞き取り													
※添付書類	・ サービス計画書（第1表～第4表）または介護予防支援に係る関連様式 ・ 医師の所見を示す資料													

※市確認欄

【該当区分】

i ・ ii ・ iii ・ 非該当

【算定の可否】

可 ・ 否

