

# 記載例

## <事例>

- ①アセスメントと課題分析
- ②医学的所見の確認 7/13
- ③サービス担当者会議 7/18  
ケアプラン作成
- ④区への確認依頼 7/20
- ⑤貸与開始 8/1 予定

(様式1)

平成 30年 7月 20日

横浜市 区長

△△居宅介護支援事業所  
居宅 春子

ケアプラン作成を行った事業所名と  
ケアプラン作成担当者名を記入

## 軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（依頼）

次の利用者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき判断し、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）福祉用具貸与が特に必要と判断しましたので、このことについて確認をお願いします。

### 1 貸与を予定している被保険者

被保険者氏名	横浜 太郎	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
被保険者住所	横浜市中区港町1-1	要介護度	要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3 申請中

### 2 貸与を予定している福祉用具

福祉用具の種類	特殊寝台		
開始年月日	平成 30年 8月 1日		
貸与事業者	事業者名	□□福祉用具〇〇営業所	
	事業者番号	1 4 1 2 3 4 5 6 7 8	

### 3 医師の意見（医学的な所見）

#### 該当する状態

- ① 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
- ② 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
- ③ 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見地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

居宅介護（介護予防） 支援事業者連絡先	住所	〒 231 - 0021 中区日本大通35
	電話	045（671）4255

※「サービス担当者会議の要点」または「介護予防支援経過記録」を必ず添付してください。

申請中の場合は、暫定ケアプランを作成するにあたって使用した方を添付

