（様式１）

　　年　　月　　日

横浜市　　　　区長

事業所名

ケアプラン作成担当者名

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 |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者住所 |  | 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 |  | |
| 開始年月日 |  | |
| 貸与事業者 | 事業者名 |  |
| 事業者番号 |  |

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 | 〒　　－ |
| 電話 | （　　　　） |

※**「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。