軽度者の福祉用具貸与の例外給付確認シート

別紙２

令和　　年　　月　　日

事業所名

担当ケアマネジャー名

　　　事業所所在地　（〒　　－　　　）

事業所ＴＥＬ

該当する場合□を■とする

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 被保険者 | 氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 |  | 生年月日 | M・T・S　　年　　月　　日（　　歳） |
| （要介護度）　□要支援１　□要支援２　□要介護１　□要介護２　□要介護３ |
| （認定有効期間）　平成　　　年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日 |
| （保険者確認）□初回　　　□更新時　　　□区分変更時　　　□支援事業者変更時 |
| ２ | 主治医の情報・意見 | 医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　）主治医名　（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （情報取得日）平成　　　年　　月　　日　　 | （方法） |
| ３ | サービス担当者会議 | （開　催　日）平成　　　年　　月　　日　　※サービス担当者会議の要点を添付 |
| ４ | 福祉用具を必要とする理由（状態にチェックし、詳細を記載してください。） | □ | 状態の変化（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | 急性増悪（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | 医師禁忌（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ５ | 福祉用具 | □車椅子　　　　□車椅子付属品　　　　□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（つり具の部分を除く）□自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引するものを除く） |

注．

1. 本確認シートは、保険者確認の際に必要書類とともに提出をしてください。
2. 福祉用具貸与初回時、要介護・要支援認定更新時及び区分変更時、支援事業所変更時には保険者確認を行ってください。
3. 福祉用具貸与の必要性がなくなった場合には、速やかに福祉用具を返却してください。

平成27年2月作成（島田市長寿介護課）