

神戸市福祉局介護保険課長 宛

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（確認依頼申請書）

申請事業所名			事業所番号	
管理者名	(自署)	担当者名		
所在地				
連絡先	TEL	FAX		
(介護予防支援事業所)				

下記の①～③について担当の居宅介護（介護予防）支援事業所より説明を受け、同意しました。

- ①居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の福祉用具貸与の例外給付に関する確認依頼申請を下記のとおり行うこと
- ②確認結果通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所あてに送付すること
- ③この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護度や心身の状態及び疾病等、必要な事項について、神戸市が調査すること

本人同意欄	氏名(自署)	※自署が困難な場合は、記名・押印してください。
-------	--------	-------------------------

次の被保険者に対して、医師の意見（医学的な所見）に基づき状態像が判断され、かつサービス担当者会議の開催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）福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

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	
住所	神戸市 区		
要介護度(該当に○)	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3 認定申請中（申請日 令和 年 月 日）		
認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		

2. 貸与を必要と判断した福祉用具

福祉用具の種類(該当に○)	<ul style="list-style-type: none"> ・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機器 ・移動用リフト ・自動排泄処理装置
利用(貸与)開始日	令和 年 月 日 ～

3. 医学的所見（医学的所見の確認書類に基づいた状態像）

状態像(該当に○)	(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、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する者 (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 (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第95号告示第25号のイに該当すると判断できる者
所見確認日	令和 年 月 日

4. 特に必要と判断した理由（ケアマネジメント結果）

サービス担当者会議開催日：令和 年 月 日

※添付書類

- 要介護分：①医学的な所見の確認書類(写) ②居宅サービス計画書(1)(2)(写)
 ③サービス担当者会議の要点(写) ※がん末期の場合、②は不要
 要支援分：①医学的な所見の確認書類(写) ②生活状況を把握するためのアセスメントシート(写)
 ③介護予防サービス・支援計画表(1)(2)(写)
 ④支援経過記録(サービス担当者会議の要点を含む)(写)
 ※がん末期の場合、②③は不要
 ※サービス担当者会議の要点を別紙に記録した場合は別紙も添付

神戸市受付印欄※

神戸市記載欄	確認番号	
--------	------	--