**福祉用具貸与サービス利用（例外給付）確認依頼書****（ 更新　・　区変 ）**

（要支援１・２、要介護１、（要介護２，３（自動排泄処理装置））認定者用）

（あて先）　　　　　区長

次のとおり福祉用具貸与サービスの利用が必要と認められるので、関係書類を添えて提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 提出年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| １提出事業者 | 事業所番号及び事業所名称 | （事業所番号　　４０　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 担　当　者　名 |  |
| 事業所所在地及 び 連 絡 先 | 〒　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　区　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　（　　　　　　）ＦＡＸ番号　　　　　　（　　　　　　） |
| ２利用者 | （　ふ　り　が　な　）氏　　　　　名 |  | 被保険者番　　号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　　　　　　所及 び 連 絡 先 | 〒　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　区　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　（　　　　　　） |
| 要　支　援（介護）状　態　区　分 | 要介護　[ １，（ 2，3 ） ]　　要支援 [ 1，2 ]　　・　申請中 | 認定有効期間 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　～　　令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| ３福祉用具 | 種　　　　　　　類（該当する福祉用具を囲んでください。） | ① 車いす（付属品含む）　　　② 特殊寝台（付属品含む）　　　③　床ずれ防止用具④ 体位変換器　　　⑤ 認知症老人徘徊感知器　　 ⑥ 移動用リフト（つり具部分除く）⑦ 自動排泄処理装置：便と尿を吸引する機能のもの（交換可能部分を除く） |
| 利用開始年月日 | 令和　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　　日 |
| ※　「４　必要である身体状況」は、主治医と協議した内容を提出者が記載してください |
| ４必要である身体状況 | 利用者に該当する番号を囲み、右側に主治医の所見に基づく概要を記載する。 | 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、頻繁に対象福祉用具が必要な状態に該当する２　　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる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判断から対象福祉用具が必要な状態に該当する | 概要（主治医の所見に基づく利用者の身体状況を記載してください。） |
| 対象福祉用具が必要と認められる疾病名その他原因 |  |
| 上記内容を確認した年月日、医療機関の名称、所在地等 | （確認年月日）　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　日〒　　　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　　　区（医療機関名）（主治医名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医師の診療科目）　 |
| ５ | 対象福祉用具に係るサービス担当者会議の実施年月日 | 令和　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |

※　太枠内を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 上記の確認依頼による福祉用具に対して、確認依頼書及び添付書類を審査した結果、介護（予防）給付の対象の可否について、下のとおり通知します。　令和　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　区長 | 受付印 |
| 給付対象対象期間：令和　　　年　　　月　　　日～令和　　　年　　　月　　　日 | 給付対象外 |

**福祉用具貸与サービス利用（例外給付）確認依頼書　（ 更新　・　区変 ）**

（要支援１・２、要介護１、（要介護２，３（自動排泄処理装置））認定者用）

（あて先）　　　○○　区長

次のとおり福祉用具貸与サービスの利用が必要と認められるので、関係書類を添えて提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 提出年月日 | 令和　○年　○月　○日 |
| １提出事業者 | 事業所番号及び事業所名称 | （事業所番号　　４０００００００００　　　　　　）　○○ケアプランセンター |
| 担　当　者　名 | 　○○　△ |
| 事業所所在地及 び 連 絡 先 | 〒８○○―＊＊＊＊　　　　　　　　　　　○○区　＊＊＊＊＊＊○―△―○○　　　　　　電話番号　＊＊＊（＊＊＊）＊＊＊＊ＦＡＸ番号　＊＊＊（＊＊＊）＊＊＊＊ |
| ２利用者 | （　ふ　り　が　な　）氏　　　　　名 | △△　○○○○＊＊　＊＊ | 被保険者番　　号 | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ | ＊ |
| 住　　　　　　　　所及 び 連 絡 先 | 〒８○○―＊＊＊＊　　　　　　　　　　○○区　＊＊＊＊＊＊○―△―○○電話番号　＊＊＊（＊＊＊）＊＊＊＊ |
| 要　支　援（介護）状　態　区　分 | 要介護　[ １，（ 2，3 ） ]　　要支援 [ 1，2 ]　　・　申請中 | 認定有効期間(※１) | 令和○年　○月　○日　　　　　～　　令和○年　　○月　　○日 |
| ３福祉用具 | 種　　　　　　　類（該当する福祉用具を囲んでください。） | ① 車いす（付属品含む）　　　② 特殊寝台（付属品含む）　　　③　床ずれ防止用具④ 体位変換器　　　⑤ 認知症老人徘徊感知器　　 ⑥ 移動用リフト（つり具部分除く）⑦ 自動排泄処理装置：便と尿を吸引する機能のもの（交換可能部分を除く） |
| 利用開始年月日 | 令和　　○　年　　　　○月　　　　　　○日 |
| ※　「４　必要である身体状況」は、主治医と協議した内容を提出者が記載してください |
| ４必要である身体状況 | 利用者に該当する番号を囲み、右側に主治医の所見に基づく概要を記載する。 | 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、頻繁に対象福祉用具が必要な状態に該当する２　　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに対象福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる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判断から対象福祉用具が必要な状態に該当する | 概要（主治医の所見に基づく利用者の身体状況を記載してください。）＊＊＊＊＊＊病の進行により、急速に身体状況が悪化しており、日常生活を送っていく上で、起き上がりの補助機能がある特殊ベッドの利用が必要である。 |
| 対象福祉用具が必要と認められる疾病名その他原因 | ＊＊＊＊＊＊＊病 |
| 上記内容を確認した年月日、医療機関の名称、所在地等 | （確認年月日）　　　　　令和○年　○月　○日〒　＊＊＊　―　＊＊＊＊　　　　　　　　　＊＊　区＊＊＊＊―○―○―○（医療機関名）　＊＊＊＊＊＊＊＊（主治医名）　　　＊＊＊　＊＊　　　　　　　　　　　　　　（医師の診療科目）　＊＊＊＊科 |
| ５ | 対象福祉用具に係るサービス担当者会議の実施年月日 | 令和　　○　年　　　○　　月　　　　○　日 |

※　太枠内を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 上記の確認依頼による福祉用具に対して、確認依頼書及び添付書類を審査した結果、介護（予防）給付の対象の可否について、下のとおり通知します。　令和　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　区長 | 受付印この日付から保険給付の対象となります。 |
| 給付対象対象期間：令和　　　年　　　月　　　日～令和　　　年　　　月　　　日 | 給付対象外 |

＊赤字部分は必ず記載されていることを確認してください。

※１　要支援(介護)状態区分が申請中の場合，認定有効期間は記入しないでください。なお，申請中でも要件を満たしている場合は，給付対象として，受付けます。