軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関する届出書

　　　年　　　月　　　日

長　泉　町　長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所所在地

事業所 印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　作成者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　主治医から得た情報及び、サービス担当者会議等を通じたケアマネジメントに基づき、下記の被保険者に対する（介護予防）福祉用具貸与が特に必要であると判断した内容について届出します。

１　対象者

1. 被保険者番号
2. 被保険者氏名
3. 要介護度　　□要支援１　□要支援２　　□要介護１
4. 有効期間　　　　　　　年　　　月　　　日から　　　　　　年　　　月　　　日

２　貸与品目等

1. 貸与品目種別
2. 貸与開始年月日　　　　　　　　　年　　　月　　　日
3. 福祉用具貸与事業者

事業者番号

３　医師の意見

（１）病名及び医師の意見

病名

医師の意見

　　（２）意見を求めた担当医

　　　　氏名

　　　　医療機関名

　　　　連　絡　先

　　（３）基礎とした資料および確認日

　　　　確認日　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　□　主治医意見書　　　　　　□　診療情報提供書

　　　　□　診断書　　　　　　　　　　□　担当医からの聴取

　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

４　サービス担当者会議

　　　開催日　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　出席者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 所　　属 | 職　　種 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

５　貸与が必要と判断した理由および状況等

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

◎　この届出書には、次の書類を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 要支援１  要支援２ | ・医師の意見（医学的な所見）  ・介護予防サービス・支援計画表  ・介護予防支援経過記録 |
| 要介護１ | ・医師の意見（医学的な所見）  ・居宅サービス計画  　　　　第１表、第２表、第３表、第４表  　　　　居宅介護支援経過記録 |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊