福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

現在、原則として保険給付対象外となっている軽度者の福祉用具貸与において、主治医の「医学的な所見」によって国が示した状態像であると判断されることが必要となりました。

今回＿＿＿＿＿様のアセスメントの結果「福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像（ⅰⅱⅲ）」に該当する可能性があり、例外給付につきまして医学的な所見に基づき状態を判断していただきたく、主治医であります＿＿＿＿＿先生へ確認依頼させていただいております。お忙しいとは思いますがご協力お願いします。

１．貸与希望（予定）している被保険者

被保険者氏名		被保険者番号	
住　所	秋田県南秋田郡井川町		
要介護度		認定有効期間	～

２．貸与を必要とした福祉用具

福祉用具の種類	ア．車椅子・付属品　　イ．移動用リフト　　ウ．特殊寝台・付属品 エ．その他（　　）

３．医学的所見（医師用確認文書に基づき、該当する状態像にチェック）

□（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、繁栄に表１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、短期間のうちに表１に該当するに至ることが見込まれる者。

□（ⅲ）疾病その他の原因により、身体へ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表１に該当すると判断できる者。

４．特に必要と判断した理由

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

依頼日	令和　　年　　月　　日
事業所	
担　当	
電　話	
ＦＡＸ	

回答日	令和　　年　　月　　日
医療機関名	
主治医	
電　話	
ＦＡＸ	