

## 福祉用具貸与例外給付に係る要否判断依頼書

フリガナ		被保険者番号	要介護等状態区分等
被保険者氏名			
必要とする福祉用具			
医師の医学的な所見に基づき判断された被保険者の状態（「レ」印を付してください。）			
<input type="checkbox"/> 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、頻繁に平成 27 年厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイに該当する者 （例：パーキンソン病の治療薬による ON・OFF 現象など）			
<input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに平成 27 年厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイに該当することが確実に見込まれる者 （例：がん末期の急速な状態悪化など）			
<input type="checkbox"/> 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平成 27 年厚生労働省告示第 94 号第 31 号のイに該当すると判断できる者 （例：喘息発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避など）			
状態を判断した医師		氏 名	
		医療機関名	
紫波町長 鎌田 千市 様 上記の者について、保険給付としての福祉用具貸与の要否を判断するよう依頼します。 令和 年 月 日  事業者名 _____  介護支援専門員名 _____			

### 添付書類

(1) 要介護者の場合

- ① 居宅サービス計画書（写し）第 1 表及び第 2 表
- ② サービス担当者会議の要点（写し）

(2) 要支援者の場合

- ① 介護予防サービス・支援計画表（写し）
- ② サービス担当者会議の要点（写し）