

軽度者に対する福祉用具貸与の理由書

年 月 日

高森町長 様

事業所名

所在地

代表者名

電話番号

| | | | |
|--------|---|--------|--|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| 住 所 | 〒 | | |
| 要介護度区分 | <input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護 1 | | |
| 福祉用具 | <input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 体位変換機 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊探知機 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く。） | | |

上記の者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認をお願いします。

○医師の意見（医学的な所見） *医学的な所見の確認書類に基づき、状態像にチェック

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | ア) 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 23 号告示第 19 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) |
| <input type="checkbox"/> | イ) 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 23 号告示第 19 号のイに該当するに至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) |
| <input type="checkbox"/> | ウ) 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 23 号告示第 19 号のイに該当すると判断できる者 (例：ぜんそく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) |
| 上記を確認した根拠 | <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書 <input type="checkbox"/> サービス担当者に対する照会（依頼）内容 |

○ 添付書類（医師の氏名、所見及び当該福祉用具貸与が必要な理由等が記載されていること）

- 1 医学的な所見の確認書類（主治医意見書・医師の診断書等）
- 2 介護予防支援経過記録もしくはサービス担当者会議の要点（第 4 表）
- 3 介護予防サービス・支援計画表もしくは居宅サービス計画書（第 1 表・第 2 表）