

軽度者への福祉用具貸与例外給付理由書

申請日：令和 年 月 日

被保険者氏名		被保険者番号	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 申請中（申請日： 年 月 日）		
認定有効期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		

福祉用具 及び 該当する状態像 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起き上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ移動において全介助を必要としない者
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とし、かつ移乗が全介助を必要とする者

医学的所見に基づく区分 (医師からの所見を確認し☑)	<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、上記状態像（別表1・2）に該当する者		
	<input type="checkbox"/> ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記状態像（別表1・2）に該当することが確実に見込まれる者		
	<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上記状態像（別表1・2）に該当すると判断できる者		
医師からの所見	確認日	令和 年 月 日	
	確認方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 主治医意見聴取	
	医療機関名		医師名
	(原因となる疾病及び具体的状態)		

理由書作成者	所属事業所	
	氏名	

※ 添付書類： ①居宅（介護予防）サービス計画書（写） ②サービス担当者会議の記録（写）
 ③医学的所見の確認書類（写）（書面で確認した場合）