

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

医師の医学的意見に基づき、下記利用者の居宅(介護予防)サービス計画に指定(介護予防)福祉用具貸与を位置づけることについて、以下のとおり届出します。

令和 年 月 日

事業所名

担当者氏名

被保険者名		被保険者番号	
生年月日		要介護度	要支援1・要支援2・要介護1
住 所			
貸与が必要な 福祉用具	ア、車いす イ、車いす付属品 ウ、特殊寝台 エ、特殊寝台付属品 オ、床ずれ防止用具 ハ、体位変換機 キ、認知症老人徘徊感知器 ク、移動用リフト ケ、電動車椅子		
	<p>◆原因となる疾病名、具体的な状態像</p> <p><例>パーキンソン病、脳梗塞の後遺症による左半身麻痺があり、小刻み歩行が何とかできる状態であるが、加齢による筋力低下やふらつき等が多く見られ、転倒の危険性が高いため車椅子の利用が必要です。</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
医師の意見 (医学的所見)	<p>◆例外的貸与基準の該当性 ※該当する項目に○をつけてください。</p> <p>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によって頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者</p> <p>ii . 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者</p> <p>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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者</p>		
	<u>医療機関名</u>	<u>担当医師名</u>	
	(聞き取りの場合)聞き取り者の職・氏名		

※届出の際は、サービス担当者会議の記録、介護サービス計画書を添付してください。