

軽度者に対する福祉用具貸与のための理由書

(あて先) 八尾市長

居宅介護（介護予防）支援事業所名 _____

計画作成担当者 _____

指定（介護予防）福祉用具貸与を居宅（介護予防）サービス計画に位置付けるため必要な事項を以下のとおり報告します。 作成日： 年 月 日

被 保 険 者 番 号		被 保 険 者 氏 名	
住 所	〒 _____ 電話（ _____ ）		
生 年 月 日	M・T・S 年 月 日（ _____ 歳）		
要 介 護 度 等	<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		
認 定 有 効 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日（貸与利用開始日又は予定日 年 月 日）		
認 定 調 査 実 施 日	年 月 日		
障 害 者 手 帳	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		
	障害者手帳番号	障害者手帳障害名 _____ 等級 _____	

貸 与 品 目

<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 「日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者」として判断した内容について裏面すべてをご記入ください。また下記の医師の医学的所見欄は【例外的貸与基準の該当性】以外の項目をすべて記入してください。
<input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） 「生活環境において段差の解消が必要と認められる者」として判断した内容について裏面全てをご記入ください。また下記の医師の医学的所見欄は【例外的貸与基準の該当性】以外の項目をすべて記入してください。
<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ※ <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器※ <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器※ <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置(尿のみを自動的に吸引するものを除く)要介護2、3の方も軽度者となります。※ ※当該福祉用具貸与品目が必要であると判断された医師の医学的所見について下記の欄の全て（該当する□に✓をつけてください）及び裏面の下段について記載してください。

医師の医学的所見 （原因となる疾病名及び具体的状態像については、診断書等の添付に替えても可）	【主治医名】 _____ 【医療機関名】 _____ （ _____ ） （ _____ ）
	【主治医への意見確認日】 _____ 年 月 日
	【例外的貸与基準の該当性】 <input type="checkbox"/> 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、頻繁に利用者等告示第31号のイに該当する者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第31号のイに該当することが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の要因により、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利用者等告示第31号のイに該当すると判断される者
	【原因となる疾病等】 【当該利用者の具体的状態像】

