**軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の理由書**

名護市長　宛

　下記の利用者について、福祉用具貸与の例外給付の理由書を提出します。

　　　　年　　月　　日

指定居宅介護（介護予防）事業所名

担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 性　　　　　別 | 男　　・　　女　 |
| 氏　　　　名 |  | 生 年 月 日 |  |
| 住　　　　所 | 〒 |
| 要 介 護 度 | □ 要支援１　 □ 要支援２ 　□ 要介護１　 □ 要介護２ 　□ 要介護３ |
| 認定有効期間 | 　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具貸与種目 | * 車いす及び車いす付属品　　　　　　　□　特殊寝台及び特殊寝台付属品
* 床ずれ防止用具及び体位変換器　　　　□　認知症老人徘徊感知機器
* 移動用リフト（つり具の部分を除く）　□　自動排泄処理装置
 |

 【医師の医学的所見】

|  |
| --- |
| 被保険者の状態（次のⅰ）～ ⅲ）のいずれかにチェックが必要 |
| * 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、頻繁に利用者

　　　等告示第三十一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） |
| * ⅱ）疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに

　　　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） |
| * 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利用

　　　者等告示第三十一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 ⅰ）～ ⅲ）の状態の確認方法（次の①～③のいずれかにチェックが必要） |
| * ①主治医意見書による確認
 |
| * ②医師の診断書等による確認
 |
| * ③担当介護支援専門員（担当職員）が医師からの聴き取りによる確認
 |
| 医療機関名 |  | 主治医名 |  |

【添付書類】

|  |
| --- |
| 1. 医学的な所見の確認書類
2. サービス担当者会議の記録
3. 居宅サービス計画書第１表・２表（介護予防サービス支援計画表）
4. 福祉用具サービス計画書
 |