

例外給付の福祉用具を必要と認めた理由書

提出日 R 年 月 日

フリガナ 氏 名		被保険者番号	
介護度	要支・介	認定期間	～
生年月日	M・T・S 年 月 日	年 齢	歳
事業所名	事業所番号 ()		
担当者名		連絡先 (携帯可)	
福祉用具の種類	1. 車いす・車いす付属品・電動車いす・セニアカー 2. 特殊寝台・特殊寝台付属品 3. 床ずれ予防具・体位変換器 4. 認知症老人徘徊探知機器 5. リフト (移動用・固定式・据置式) 6. 自動排泄処理装置		
利用者の状況			
介護者の状況			
利用することで得られる効果			
主治医の意見	令和 年 月 日 確認 (医療機関名: 主治医:)		
福祉用具貸与を必要と認めた根拠	要介護 1 等に係る指定福祉用具貸与費 [老企第 36 号 第 2 の 9(2)] <input type="checkbox"/> イ 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 <input type="checkbox"/> イ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 <input type="checkbox"/> ウ i) <input type="checkbox"/> ウ ii) <input type="checkbox"/> ウ iii)		
添付書類確認欄	要介護者	居宅サービス計画書 (1)、(2)、(3)、担当者会議録 アセスメント、利用票、利用票別表	
	要支援者	基本情報、チェックリスト、介護予防サービス支援計画書、 サービス担当者会議録 (または支援経過記録)、利用票、利用 票別表	