

例外給付の福祉用具を必要と認めた理由書

提出日 令和 年 月 日

フリガナ 氏 名			被保険者番号		
要介護度		認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
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・シニアカー 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(4)] ☐ 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 ☐ イ 生活環境において段差の解消が必要と認められる者 ☐ ウ i) ☐ ウ ii) ☐ ウ iii)				
添付書類確認欄	要介護者	基本情報、アセスメント表、居宅サービス計画書(1)、(2)、(3)、サービス担当者会議録、サービス利用票及び別表、その他			
	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、又は支援経過記録、サービス利用票及び別表、その他			