**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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | **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 | | | | | |