

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る理由書

(鹿屋市)

被保険者番号		申請日	年 月 日
フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名			
被保険者住所	〒		
要介護(要支援)状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
居宅介護 (介護予防) 支援事業者	事業所名		
	住所 (連絡先)	〒	
	担当者氏名	電話番号	
サービス担当者会議開催日	年 月 日		
使用を想定している福祉用具種目			
上記福祉用具を必要とする理由を確認した方法	<input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 医師の診断書等(主治医連絡表を含む) <input type="checkbox"/> 担当の医師からの聞き取りによる確認		
医療機関名		医師氏名	
医師への確認日	年 月 日(※主治医意見書で確認の場合は主治医意見書の記入日)		
利用者の状態像	<input type="checkbox"/> I 疾病その他の原因により、状態が変化しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第94号告示第31号のイに該当する者		
	<input type="checkbox"/> II 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第94号告示第31号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者		
	<input type="checkbox"/> III 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性または症状の重篤化の回避等医学的判断から第94号告示第31号のイに該当すると判断される者		
■ケアマネジメントのもととした意見(医師の医学的な所見) ■			
福祉用具利用が特に必要な理由	疾病等		
	利用者の心身の状態等		
保険者確認欄 上記のとおり確認いたしました。			
年 月 日		利用開始日	承認日
		受付	確認

- ※1 この理由書と①主治医の意見を付した書類及び②居宅サービス計画書(ケアプラン第1表、第2表または介護予防サービス・支援計画書)、③サービス担当者会議録等の写し(第4表サービス担当者会議の要点または介護予防支援経過記録等)を添付し提出してください。
- ※2 医療機関名、医師氏名、医師への確認日、ケアマネジメントのもととした意見欄には主治医の意見を付した書類(主治医意見書または医師の診断書等)から転記すること。
- ※3 「サービス担当者会議録等の写し」は、福祉用具貸与の例外給付についての検討内容が記載されているものであること。