

軽度認定者に係る福祉用具貸与のための理由書

年 月 日

交野市長 宛

事業所名 _____

電話番号 () _____

管理者名 _____

担当者名 _____

下記利用者の居宅（介護予防）サービス計画書に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、下記のとおり届出します。

被保険者番号	_____	被保険者氏名	_____
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3		
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
認定調査実施日	年 月 日 ・ 認定調査項目による例外貸与規定の適用の可否（可・否）		

【貸与にあたり考慮すべき理由等】

福祉用具名	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具及び体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
例外的貸与が必要な理由（ベッド）	<input type="checkbox"/> 状態が変動しやすく、日によって又は時間によって頻繁に福祉用具が必要 <input type="checkbox"/> 状態が急速に悪化し、短時間のうちに福祉用具が必要な状態に至ることが確実に見込まれる <input type="checkbox"/> 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福祉用具が必要
例外的貸与が必要な理由（車イス・移動用リフト）	<input type="checkbox"/> 日常生活範囲における移動の支援が特に必要（車いす） <input type="checkbox"/> 生活環境において段差の解消が必要（移動用リフト）
用具が必要となる原因疾患名	
現在の心身の状態	（特に上記の「例外規定貸与が必要な理由」を具体的な状態から説明して下さい。）

