（様式第１号）

軽度者に係る福祉用具貸与理由書

池田町長　安井美裕　様

医師の医学的所見に基づき、下記利用者の居宅（介護予防）サービス計画に指定（介護予防）福祉用具貸与を位置付けることについて、以下のとおり届出します。

年　　月　　日

居宅介護（介護予防）支援事業者名

計画作成担当者名　　㊞

被保険者番号		被保険者名	
住　　所	〒　　－ 電話（　　）		
生年月日	明治・大正・昭和　　年　　月　　日　（　　歳）		
要介護度	□要支援１　□要支援２　□要介護１　□経過的要介護		
認定有効期間	年　　月　　日～　　年　　月　　日		

【必要な福祉用具の種類】　※必要な貸与品目に○を付けること。

	車いす及び車いす付属品		認知症老人徘徊感知機器
	特殊寝台及び特殊寝台付属品		移動用リフト（つり具の部分を除く）
	床ずれ防止用具及び体位変換機		

【医師の医学的所見】

※医師の医学的所見については、主治医意見書等の添付に替えても可	主治医名	
	医療機関名	
	【例外的貸与基準の該当性】※該当するものにチェックすること □　疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間によって、頻繁に第 23 号告示第 19 号のイに該当する者 □　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 23 号告示第 19 号のイに該当することが確実に見込まれる者 □　疾病その他の原因により、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第 23 号告示第 19 号のイに該当すると判断される者 【原因となる疾病等】 【当該利用者の具体的状態像】	

【家族による介護・支援の状況】

【サービス担当者会議等の意見】

【サービス担当者会議等の開催日】　　年　　月　　日
【ケアプラン作成担当者】 氏　　名（　　） 所属事業所名（　　）
【サービス担当者会議等出席者】 □　本人 □　家族・同居人 □　ケアプラン作成担当者 □　その他（　　）
【サービス担当者の意見の要約】
【本人・家族の意向】

【主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見】

（下記【例外給付の対象とすべき事案】Ⅰ・Ⅱ・Ⅲのいずれに該当するか、理由を添えて記載）

【例外給付の対象とすべき事案】

Ⅰ　疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者

Ⅱ　疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者

Ⅲ　疾病その他の原因により、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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者

町確認欄

確認年月日	年　　月　　日			
確認内容				
確認印	福祉課長	主　幹	高齢者支援係	起　案