あて先）　小布施町長 提出日：令和　年　月　日

様式1

**軽度者に対する福祉用具貸与を要する例外給付に関する理由書（車いす）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | ふ　り　が　な | | | |  | | | | | 被保険者番号 |  | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | 生年月日 | 大・昭　年　月　日 | | |
| 要介護状態区分 | | | | 申請中（新規・区分変更）・　要支援１・　要支援２・　要介護１ | | | | | | | | |
| 要介護認定有効期間 | | | | 令和　年　月　日　　～　令和　年　月　日 | | | | | | | | |
| 必要な福祉用具と該当する状態像等の確認 | | | | | | | | | | | | | |
| 車いすの種類 | | | | | 自走式車いす　　介助式車いす　　電動車いす | | | | | | | | |
| １．安全な利用を図るためのチェック項目（該当箇所にチェック）※電動車いすのみ | | | | | | | | | | | | | |
| 認定調査基本調査項目 | | 1-12　視力  普通　１ｍで見える | | | | 3-8　徘徊　ない | | | | | | 4-8　落ち着きなし　ない | |
| 1-13　聴力  普通　普通の声が聞き取れる | | | | 3-9　外出すると戻れない  ない | | | | | | 4-9　一人で出たがる　ない | |
| 3-1　意志の伝達  できる　時々できる | | | | 4-1　被害的　ない | | | | | | 4-10　収集癖　ない | |
| 3-2　毎日の日課を理解　できる | | | | 4-2　作話　ない | | | | | | 4-11　物や衣類を壊す  ない | |
| 3-3　生年月日や年齢を言う  できる | | | | 4-3　感情が不安定　ない | | | | | | 4-12　ひどい物忘れ　ない | |
| 3-4　短期記憶　できる | | | | 4-4　昼夜逆転　ない | | | | | | 4-13　独り言・独り笑い  ない | |
| 3-5　自分の名前を言う　できる | | | | 4-5　同じ話をする　ない | | | | | | 4-14　自分勝手に行動する　□ない | |
| 3-6　今の季節を理解する  できる | | | | 4-6　大声を出す　ない | | | | | | 4-15　話がまとまらない  ない | |
| 3-7　場所の理解　できる | | | | 4-7　介護に抵抗　ない | | | | | |  | |
| 7　認知症高齢者の日常生活自立度　自立　Ⅰ | | | | | | | | | | | |
| ２．「日常生活範囲における移動」の内容  （原則として訪問介護において給付の対象となる要件、車いすを移動手段とせざるを得ない状況の把握） | | | | | | | | | | | | | |
| 目的 | | | | 目的地（主な行先） | | | | | 居宅からの距離（片道） | | | | 頻度（例：回／週） |
|  | | | |  | | | | |  | | | |  |
| ３．自宅周辺の地理条件（居宅から目的地までの地形、交通機関の状況等の周辺環境など） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ４．身体状況（疾病その他の原因による身体の状態など） | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| ５．主治医から得た情報（機能改善の可能性、リハビリ等の必要性、禁忌事項など） | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | | |  | | | | | 確認日 | | | 令和　年　月　日 | | |
| 医師名 | | |  | | | | |  | | |  | | |
| （具体的に） | | | | | | | | | | | | | |
| ６．主治医から得た情報　及びサービス担当者会議を通じた適切なケアマネジメントによる判断の状況 | | | | | | | | | | | | | |
| サービス担当者会議開催日 | | | | | | | | 令和　年　月　日 | | | | | |
| （福祉用具が必要と判断した理由・状況等） | | | | | | | | | | | | | |
| 貸与開始予定日 | | | | | | | 令和　年　月　日 | | | | | | |
| 居宅介護（介護予防）支援事業者名及び連絡先 | | | | | TEL： | | | | | | | | |
| 計画作成担当者 | | | | |  | | | | | | | | |
| 添付書類　居宅サービス計画書又は介護予防サービス・支援計画書  サービス担当者会議の要点  主治の医師から得た情報が確認できる書類（写し）  福祉用具が載っているパンフレット（写し） | | | | | | | | | | | | | |

※貸与期間の更新、貸与品目・介護度・担当の介護支援事業所に変更がある場合は再提出ください。

|  |  |
| --- | --- |
| ※小布施町確認欄 | 受付印 |