あて先）　小布施町長 提出日：令和　年　月　日

様式1

様式２

**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（移動用リフト）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | |
| 移動用リフトの種類 | | | 床走行式　　固定式　　据え置き式 | | | | | |
| １．身体状況（該当箇所にチェック） | | | | | | | | |
| 認定基本  調査項目 | | 1-8　立ち上がり 　つかまらないでできる  何かにつかまればできる | | | | | 2-1　移乗　　介助されていない  見守り等 | |
| （疾病その他の原因による身体の状態など） | | | | | | | | |
| ２．段差解消が必要と考える箇所の状況 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ３．移動用リフトの具体的な利用方法 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| ４．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） | | | | | | | | |
| ５．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）支援事業所名及び連絡先 | | |  | | | | | |
| 計画作成者 | | |  | | | | | |
| 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 |