あて先）　小布施町長 提出日：令和　年　月　日

様式３

**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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　・　更新　・　変更　）  要支援１　・要支援２　・　要介護１　・要介護２　・要介護３ | | | | |
| 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 | | | | | 貸与開始予定日 | | | 令和　年　月　日 |
| 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器 | | | | | 自動排泄処理装置 | | | |
| 医師からの所見 | | | | | 確認日 | | 令和　年　月　日 | |
| 医療機関名 | |  | | | 医師名 | |  | |
| 原因となる疾病等 | | |  | | | | | |
| 利用者の状態像　（別表２参照） | | | | | | | | |
| 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、頻繁に厚生労働省告示第94号第31号のイ（別表１）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、短期間のうちに厚生労働省告示第94号第31号のイ（別表１）に該当するに至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な判断から厚生労働省告示第94号第31号のイ（別表１）に該当すると判断できる者 | | | | | | | | |
| サービス担当者会議実施日 | | | | | 令和　年　月　日 | | | |
| （福祉用具が必要と判断した理由・状況等） | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 上記の理由書について、次のとおり確認しましたので通知します。  令和　年　月　日  　給付対象　　貸与期間：令和　年　月　日　～　令和　年　月　日  　給付対象外 | 受付印 |

　※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。