**軽度者に対する福祉用具貸与理由書**

　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 計画作成担当者名 |  |
| 電話番号 |  |

以下のとおり、福祉用具貸与が特に必要であると判断しましたので、確認をお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | |  | |
| 生年月日 | | 大正　・ 昭和　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | | 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日【新規・継続】 | | | | | | | | | | | | |
| 要介護（支援）状態区分 | | □ 要支援１　　□ 要支援２　　□ 要介護１　　□ 暫定（認定申請中）  □ 要介護２　　□ 要介護３　（要介護２および要介護３は自動排泄処理装置のみ） | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具種目 | | □ 特殊寝台　　　□ 特殊寝台付属品　　　　　　□ 床ずれ防止用具  □ 体位変換器　　□ 認知症老人徘徊感知機器　　□ 移動用リフト  □ 車いす　　　　□ 車いす付属品　　　　　　　□ 自動排泄処理装置※  （※自動排泄処理装置については尿のみを自動的に吸引するものを除く） | | | | | | | | | | | | |
| 医師の医学的所見に基づき判断した該当する状態 | | □ 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 | | | | | | | | | | | |
| □ 添付 | 主治医意見書もしくは診断書 | | | | | | | | | | | | | |
| □ 添付 | ケアプランおよびサービス担当者会議の要点(医師の医学的所見の記載があるもの) | | | | | | | | | | | | | |

注）該当する項目の□にチェックを記入してください。

※本理由書は、認定の更新又は要支援・要介護状態区分の変更があった場合には再度作成し提出すること

【市記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 事前協議 | 特記事項 |
|  |  |