

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

医師の医学的所見に基づき、下記の利用者の居宅(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づけることについて、以下のとおり届出します。

令和 年 月 日 事業所名
 担当者氏名

被保険者名			被保険者番号								
生年月日	年	月	日	住 所							
介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1			認定期間	年 月 日 ~		年 月 日				
貸与が必要な福祉用具	ア. 車いす イ. 車いす付属品 ウ. 特殊寝台 エ. 特殊寝台付属品 オ. 床ずれ防止用具 カ. 体位変換器 キ. 認知症老人徘徊感知器 ク. 移動用リフト										
医師の意見 医学的所見	<p>●例外的貸与基準の該当性 <u>※該当する項目に○を付けて下さい。</u></p> <p>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告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する者</p> <p>II. 疾病その他の原因により、状態が急激に悪化し、短時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</p> <p>III. 疾病その他の原因により、身体への重大な危険性また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</p> <p>●原因となる疾病名、具体的状態像</p> <p><例>パーキンソン病(その他、重度の関節リウマチなど)で、内服加療中に急激な症状の軽快・憎悪を起す現象(ON・OFF現象)が頻繁に起きるため状態が変動しやすく、日によって起き上がりが困難となるため、特殊寝台及び特殊寝台付属品の利用が必要である。</p> 医療機関名 _____ 担当医師名 _____ (聞き取りの場合) 聞き取り者の職・氏名 _____										