令和　　年　　月　　日

軽度者の福祉用具貸与に係る理由書

甲州市長 様

事業所名

事業所所在地

事業所代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の被保険者に係る福祉用具貸与・介護予防福祉用具貸与について、対象外種目の貸与が特に必要と思われますので届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 被保険者住所 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 年　齢 | 歳 | 要介護状態区分 |  |
| 居宅介護支援事業所 |  |
| 計画作成者氏名 |  | 電話番号 |  |
| 貸与が必要な福祉用具 | **□**車いす及び車いす付属品 | **□**特殊寝台及び特殊寝台付属品 | **□**認知症徘徊感知器 |
| **□**床ずれ防止用具 | **□**移動用リフト | **□**移動用リフト(昇降座椅子) |
| **□**体位変換器 | **□**自動排泄処理装置 |  |
| 福祉用具貸与事業所 |  |
| 該当する被保険者の状態像（該当するものを◯で囲んで下さい。） | １．厚生労働大臣が定める基準に適合する利用者等告示第三十一号のイに定める状態像 |
| ２．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第三十一号のイに該当する者 |
| ３．疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに、告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者 |
| ４．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、告示第三十一号のイに該当すると判断できる者 |
| 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度） | 主治医の判定 | **□**自立　**□**Ｊ１　**□**Ｊ２　**□**Ａ１　**□**Ａ２　**□**Ｂ１　**□**Ｂ２　**□**Ｃ１　**□**Ｃ２ |
| 調査員の判定 | **□**自立　**□**Ｊ１　**□**Ｊ２　**□**Ａ１　**□**Ａ２　**□**Ｂ１　**□**Ｂ２　**□**Ｃ１　**□**Ｃ２ |
| 被保険者の具体的な状況 |  |
| 添付書類 | **□**なし（上記で選択した状態像が１の場合のみ）　　**□**居宅サービス計画（１～３表）**□**サービス担当者会議の要点　　　　　　　**□**認定調査票の写 |