H30.4.2

軽度者に対する福祉用具貸与を必要とする理由書

年　月　日

河津町健康福祉課長　様

事業所名	
事業所番号	
介護支援専門員名	
連絡先	

医師の医学的な所見とサービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントに基づき、次のとおり軽度者に対する福祉用具貸与が特に必要と判断したので確認を依頼します。

被保険者氏名		被保険者番号	
被保険者住所	〒 河津町　（連絡先）		
要介護状態区分	□ 要支援1　□ 要支援2　□ 要介護1		
認定有効期間	年　月　日 ～　年　月　日		
福祉用具の種類	□ 車いす　□ 車いす付属品　□ 特殊寝台　□ 特殊寝台付属品　□ 床ずれ防止用具 □ 体位交換器　□ 認知症老人徘徊探知器　□ 移動用リフト		
貸与開始希望年月日	年　月　日		
貸与をする事業者	事業所名		事業所番号
医師の医学的な所見（被保険者の状態）	□ 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もの（例：パーキンソン病の治療薬によるON・OFF現象等） □ 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と見込まれるもの（例：がんの末期の急速な状態悪化等） □ 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もの（例：喘息発作等による呼吸不全、心疾患による心不全、嚥下障害による誤嚥性肺炎の回避等）		
①医師の医学的な所見確認方法	医療機関・主治医		
	確認日	年　月　日	
	確認方法	□ 主治医意見書　□ 医師の診断書　□ 主治医・ケアマネ連絡票 □ 受診時聞き取り　□ サービス担当者会議出席　□ 電話での聞き取り	
②サービス担当者会議開催日	年　月　日		
添付書類	□ 主治医意見書又は医師の診断書等、医師の医学的な所見を確認するもの □ 居宅介護サービス計画書（第1～3表）又は介護予防支援・サービス計画表 □ サービス担当者会議等の要点【第4表】又は介護予防支援経過記録 ※ サービス担当者会議等の記録に医師の医学的な所見による判断が明記されている場合は、主治医意見書又は診断書等の添付を省略することができます。		
介護支援専門員の意見			

保険者記入欄		受付
要否の区分	□ 福祉用具貸与を必要と判断する　□ 福祉用具貸与を不必要と判断する	
適用期間	年　月　日 ～　年　月　日	
注意	適用期間を超えての貸与利用は介護保険の適用を受けられません。継続して適用を受ける場合は、事前に理由書（要介護度、福祉用具の貸与内容に変更がない場合は、理由書（継続用））を提出するようにお願いいたします。	