

年 月 日

大分市 殿

居宅介護（介護予防）支援事業所	
事業者名称及び 事業者番号	
担当者名	
電話番号	

軽度者に対する例外的福祉用具貸与費算定に係る届出書

被保険者番号										区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新
被保険者氏名										利用開始 予定月日	月 日から
要介護状態等区分				認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日						
例外的給付対象とする福祉用具種目	<input type="checkbox"/> 車いす（付属品を含む） <input type="checkbox"/> 特殊寝台（付属品を含む） <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（ <input type="checkbox"/> 昇降座椅子 <input type="checkbox"/> その他の移動用リフト） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置										
<p>上記被保険者は、下記に該当することにより、福祉用具貸与に係る例外的給付が必要と判断しましたので、届出いたします。</p> <p><input type="checkbox"/> 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、頻繁に利用者等告示第三十一号のイに該当する者</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者</p> <p><input type="checkbox"/> 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利用者等告示第三十一号のイに該当すると判断できる者</p>											

## 軽度者に対する例外的福祉用具貸与検討経過記録

日 時	年 月 日	場 所	
出席者 (職種・氏名等)			
検討対象の福祉用具(品名)			
主要な疾病			
医師の所見	医療機関名及び医師		
	確認日	年 月 日	

検 討 項 目	検 討 内 容
①身体の状態	
②利用目的	
③代替手段の検討経過	
④適切に利用できる能力等の確認	
⑤前回検討時からの見直し	
⑥今後の見込み	

※あくまでも参考例である為、様式については問いません。ただし上記①～⑥の検討項目が盛り込まれた内容で作成願います。