

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書 《 参考資料（特殊寝台の場合） 》 【別紙4】

摂津市長 様

医師の医学的所見及びサービス担当者会議の意見に基づき、下記利用者の居宅（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付けることについて、以下のとおり届出しますの

理由書作成日を必ず記載してください。ただし、例外給付の適用期間は、本市が必要性的について確認した期間(裏面の届出有効期間)となり、この日付からでは
ありません。

令和 年 月 日

店名（介護予防）サービス計画作成担当者名

連絡先電話番号

フリガナ 被保険者氏名	()	被保険者 番号	
住 所	申請中の場合は、開始日(申請日)のみの記入、 もしくは空欄でも差し支えありません。		
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)	性別	男・女
要介護度等	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 申請中 (/ 申請)		
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日		
認定調査実施日	令和 年 月 日		未定の場合には空欄で差し支えありません

【サービス開始】令和 年 月 日 予定 ※サービス開始前に届出

【必要な福祉用具の種類】

必ず記載してください。やむを得ない理由でサービス開始前の届出ができない場合には、本市へご相談ください。理由を含み例外給付の可否を判断できる場合があります。

特殊寝台及び特殊寝台付属品	認知症老人徘徊防止装置
床ずれ防止用具及び体位変換器	自動排泄処理装置 (尿のみを吸引するものを除く)

【医師の医学的所見／サービス担当者会議の開催状況等】

確認年月日	主治医名
令和 年 月 日	医療機関名
確認方法 1. 口答 2. 文書 3. サービス担当者会議 4. その他 ()	<p>【例外的貸与基準の該当性】 ※該当するものにチェック</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</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、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態に該当することが確実に見込まれる者</p> <p><input type="checkbox"/> 疾病その他の要因により、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者</p> <p>福祉用具の特性(ベッド高さの調整や背上げ及び下肢挙上の性能)が必要となる要因の疾病を記載してください。関与のない疾病の記載は不要です。</p> <p>【原因となる疾病等】</p> <p>【当該利用者の具体的状態像】</p> <p>医師は医学的見地から被保険者の状態像を確認し、日常生活を送る上での助言を行うことはできますが、具体的な福祉用具の導入に関して決定する立場ではありません。「特殊寝台が必要」等と記載を求める依頼は医師の職務範囲を超えているだけでなく、例外給付が必要な根拠とはなりません。</p> <p>導入について同意する情報ではなく、疾病等により引き起こされている「告示に示される状態像」(日常的に起き上がりや寝返りができない状況)についての主治医からの情報を記載してください。</p>
※原因となる疾病名及び具体的状態像については、診断書等の添付に替えても可	

