

軽度者に対する福祉用具貸与費の例外給付医学的所見

被保険者氏名		被保険者番号	
要介護度	要支援 1・要支援 2・要介護 1・認定申請中(年 月 日)		
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日		

福祉用具の種類 (該当に○)	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機器、ク移動用リフト(つり具の部分を除く。)
-------------------	--

医学的所見(医学的所見の確認書類に基づき、該当する状態像にチェック)

- (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、頻繁に第 2 3 号告示第 2 1 号のイに該当する者
- (ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第 2 3 号告示第 2 1 号のイに該当するにいたることが確実に見込まれる者
- (iii) 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第 2 3 号告示第 2 1 号のイに該当すると判断できる者

医師の意見：

.....

.....

.....

上記の福祉用具の必要性を認めます。

年 月 日

医療機関

医師氏名

Ⓜ

住 所

電話番号