

移動用リフト 軽度者(要支援1・2、要介護1) 例外給付利用申請書

適切なケアマネジメントを行った結果、福祉用具貸与が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

事業所
ケアマネージャー
利用者
介護度

【種類】	
<input type="checkbox"/> 移乗用リフト	<input type="checkbox"/> 昇降式座椅子
<input type="checkbox"/> 段差解消機	

①認定調査項目

【認定調査】 基本調査項目	1-8 立ち上がり	1、つかまらないでできる 2、つかまれば可 3、できない
	2-1 移乗	1、介助されていない 2、見守り等 3、一部介助 4、全介助

※1-8「3、できない」、2-1「3、一部介助」「4、全介助」以外の場合は、以下を記載し健康福祉課へ提出してください。

②例外給付に関する医師の所見

記入日 令和 年 月 日

【軽度者に対する例外給付の必要性】 生活環境において段差解消の必要性	<input type="checkbox"/> 1. 必要と認められない
	<input type="checkbox"/> 2. 必要と認められる
支障となる 原因疾患名	
医師の所見等	
主治医名	医療機関名 医師名

③例外給付に関するケアマネジメント

福祉用具の貸与が特 に必要と判断した理由 (ケアマネジメント結果)	【現在の生活の状況(立ち上がりや移乗の問題点)、生活環境において段差の解消が必要と認められる状況、その他特記事項(家族の状況等)】

※提出書類：①例外給付利用申請書 ②アセスメント(写) ③ケアプラン(写) ④サービス担当者会議の記録(写)