

(参考様式)

## 介護保険福祉用具貸与例外給付に係る意見書

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_  
殿

(対象者もしくは家族名)

### ○貸与希望福祉用具

〔 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  
体位変換器 ・ 認知症老人徘徊感知器 ・ 移動用リフト ・ 自動排泄処理装置 〕

### ○原因となる疾病名及び具体的状態像（※疾病名の記載が必須となります。）

(例) パーキンソン病、脳梗塞の後遺症による左半身麻痺があり、小刻み歩行が何とか出来る状態であるが、加齢による筋力低下やふらつき等が多く見られ、転倒の危険性が高いため、車いすの利用が必要である。

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ○軽度者に対する例外給付の基準について（※該当する項目に○をつけてください。）

疾病その他の原因により、

- i) 状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に当該福祉用具が必要な状態となる者
- ii) 状態が急速に悪化し、短期間のうちに当該福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者
- iii) 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、当該福祉用具が必要な状態であると判断できる者

以上のとおり、当該福祉用具の使用が妥当であると判断します。

医療機関名 \_\_\_\_\_

医 師 氏 名 \_\_\_\_\_ ㊞