

例外的に福祉用具貸与を介護予防ケアプランに位置付ける理由書

被保険者氏名		被保険者番号		生年月日		性別	男・女
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			要支援状態区分	支援1・支援2		
住所							
貸与希望福祉用具名							
利用者の状態像	① 日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者 ② 生活環境において段差の解消が必要と認められる者						
例外的貸与の理由	(サービス担当者会議の結果及び内容)						
サービス担当者会議出席者名(事業者名)							

上記理由のため、介護保険給付対象者として福祉用具貸与を、介護予防ケアプランに位置付けてよいか伺います。

年 月 日 事業所名

ケアマネジャー名

介護予防支援事業者の判定
可 ・ 否

地域包括支援センター名
