

(添付書類)

①サービス担当者会議の要点又は介護予防支援経過記録の写し

※医師の所見を記載する必要があります（医師の所見を確認した資料は添付不要です）

②貸与が必要な福祉用具のカタログ

(※疾患名、福祉用具が必要な症状等が記入されていること)

医師の医学的所見における「厚生労働省告示で定める状態」

対象外種目	状態像
ア 車いす及び車いす付属品	次のいずれかに該当する者 1 日常的に歩行が困難な者 2 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
イ 特殊寝台及び特殊寝台付属品	次のいずれかに該当する者 1 日常的に起き上がりが困難な者 2 日常的に寝返りが困難な者
ウ 床ずれ防止用具及び体位返還器	日常的に寝返りが困難な者
エ 認知症老人徘徊感知機器	次のいずれにも該当する者 1 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障がある者 2 移動において全介助を必要としない者
オ 移動用リフト (つり具部分を除く)	次のいずれかに該当する者 1 日常的に立ち上がりが困難な者 2 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者 3 生活環境において段差の解消が必要と認められる者
カ 自動排泄装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く）	次のいずれにも該当する者 1 排便が全介助を必要とする者 2 移乗が全介助を必要とする者