

軽度者への福祉用具貸与に関する例外給付申請書

令和 年 月 日

甲良町長 様

事業所名 _____

介護支援専門員 _____

電話番号 _____

下記の被保険者について、福祉用具貸与の例外給付が必要と思われるので申請します。

フリガナ	被保険者番号									
被保険者氏名										
被保険者住所										
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)									
要介護状態区分	要支援 ()					要介護 ()				
認定有効期間	令和 年 月 日 ~					令和 年 月 日				

福祉用具貸与種目	<input type="checkbox"/> 車いす (付属品含む) 品目等 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 (付属品含む) <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト		
利用実績 (予定)	令和 年 月 日 利用開始		
申請期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
医療機関名		医師名	
医師の医学的所見			
担当者会議開催日	令和 年 月 日		
利用者の状態及び福祉用具貸与が必要な理由	(疾病名・病状等、必要と考えられる事由を詳細に明記すること)		

- ※ 添付書類
- ①居宅介護(予防)サービス計画
 - ②サービス担当者会議の要点 (貸与の必要性を検討したもの)
 - ③主治医意見書等必要書類