

## 介護保険福祉用具貸与例外給付届出書（ガン末期）

令和 年 月 日

坂戸市長あて

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

介護支援専門員 氏名 \_\_\_\_\_

下記により、福祉用具貸与の例外給付を開始しますので届け出ます。

## 記

フリガナ		被保険者 番号	
氏名			
住所		要介護度	申請中 · 支1 · 2 介1 · 2 · 3
認定有効期間	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日
福祉用具の種目	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機器 移動用リフト · 自動排泄処理装置		
貸与開始予定	令和 年 月 日から	疾病名	
医療機関名		医師名	

## (見直しについて)

要介護1の利用者は月1回のモニタリングで、要支援の1・2の利用者については介護予防ケアプランの評価（最長6か月）によって、必ずその必要性を見直し、その結果を記録してください。

ケアマネジメントの結果、不要となれば「貸与中止」としてください。

なお、事後に行われた本市の実地調査等によって、上記の必要な見直し等を行っていなかった場合、保険給付の返還対象となる場合もありますのでご注意ください。