

福祉用具貸与例外給付確認申請書

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、福祉用具貸与の必要性について確認をお願いします。

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		
保険給付の 理由			
医療機関名		医師名	
状態像	I ・ II ・ III	聴取方法	
医師の意見			

※本人の状況が分かる書類（ケアプラン等）の添付も可能です。