

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。