

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付照会票

美作市長 様

次のとおり、福祉用具貸与の例外給付について照会します。

被保険者番号		照会年月日	年 月 日
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
対象者氏名		性別	
住所	〒 電話番号 () -		
要介護度	要支援1・要支援2・要介護1	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
種目名 (該当する品目に○印)	ア. 車いす及び車いす付属品 イ. 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ウ. 床ずれ防止予防用具及び体位変換器 エ. 認知症老人徘徊感知器 オ. 移動用リフト(釣り具の部分を除く。)		
要介護度	要支援1・要支援2・ 要介護1・要介護2・要介護3	認定期間	年 月 日～ 年 月 日
種目名	カ. 自動排泄処理装置		
具体的状況(状態の変化の状況を含む。)			
主治医意見書等における疾患名等			
福祉用具の貸与が特に必要である理由及び医師の所見			

【記入者】

居宅介護支援事業所	
氏名	
電話番号	

※添付書類(必ずご提出ください)

居宅サービス計画書1・2(利用者の現在の状況がわかるもので構いません)

サービス担当者会議の記録(福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されているもの)

また、医師の所見を確認した日と医師名を明記しておくこと)