

介護保険 軽度者の福祉用具貸与例外給付申請書

|                                     |                    |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------------------------------|--|--|--|--|------|--|-----------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名                              | 被保険者番号             |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                 | 〒                  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
|                                     | 電話番号               |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| 要 介 護<br>状 態 区 分                    | 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| 認定有効期間                              | 年 月 日 から 年 月 日 まで  |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| 【貸与する福祉用具】                          |                    |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 車いす（付属品含む） |                    |  |  |  |  |  | <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"/> 体位変換器      |                    |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 |  |  |  |  |  |  | <input type="checkbox"/> 移動用リフト  |  |  |  |  |      |  | <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置 |  |  |  |  |  |  |
| 【用具の名称・型番】                          |                    |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| 御殿場市長 様                             |                    |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり関係書類を添えて申請します。                |                    |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| 年 月 日                               |                    |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                 |                    |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| 申請者                                 |                    |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  |      |  |                                   |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名                                 |                    |  |  |  |  |  |                                      |  |  |  |  |  |  |                                  |  |  |  |  | 電話番号 |  |                                   |  |  |  |  |  |  |

※下記の書類を添付してください。

- ①サービス担当者会議の内容を記載した書類  
(介護サービス計画第4・5表又は介護予防支援経過記録 等)
- ②医師の証明 (福祉用具に関わる医師の所見が確認できるもの)

|                 |  |       |  |
|-----------------|--|-------|--|
| ケアプラン<br>作成事業者名 |  | 作成担当者 |  |
|-----------------|--|-------|--|