

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 状 態 区 分	要支援 1 ・ 要支援 2 ・ 要介護 1																	
認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 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。 平成 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 作成事業者名		作成担当者	
-----------------	--	-------	--