

別記様式第1号(第3条関係)

介護保険福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与)費例外給付申請書

令和 年 月 日

鷹栖町長 谷 寿男 様

居宅介護(介護予防) 支援事業所名	
事業者番号	
居宅介護(介護予防) 支援事業所住所	
担当介護支援専門員 氏 名	
居宅介護(介護予防) 支援事業所名電話番号	

軽度者に対する福祉用具貸与(介護予防福祉用具貸与)費の例外給付の申請をします。

被保険者	被保険者番号		氏 名
	要介護度	認定有効期限	~
福祉用具を必要とする理由	疾病等		
	<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によって、頻繁に第94号告示第31号イに該当する。	
	<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短時間のうちに第94号告示第31号イの必要な状態になることが確実に見込まれる。	
確認を必要とする福祉用具	<input type="checkbox"/>	車いす	<input type="checkbox"/> 自走式 <input type="checkbox"/> 介助式 <input type="checkbox"/> 電動式
	<input type="checkbox"/>	車いす付属品	<input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台	<input type="checkbox"/> 1モーター <input type="checkbox"/> 2モーター <input type="checkbox"/> 3モーター
	<input type="checkbox"/>	特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> マットレス <input type="checkbox"/> サイドレール <input type="checkbox"/> 介助バー <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/>	床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> エアマットレス <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/>	体位変換器	
	<input type="checkbox"/>	徘徊感知機器	
	<input type="checkbox"/>	移動用リフト	
添付書類	<input type="checkbox"/>	居宅サービス計画書及び介護予防サービス計画書の写し	
	<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議の記録又はこれに準ずる書類 (開催日 年 月 日)	
	<input type="checkbox"/>	主治医意見書、医師の証明書等(文書による照会の回答等)	
貸与開始日	年 月 日 ~ 年 月 日		
福祉用具貸与事業所 (介護予防福祉用具貸与事業所)	事業所名		
	電話番号		
	事業所番号		