

# 軽度者への福祉用具貸与に関する例外給付申請書

令和 年 月 日

甲良町長 様

事業所名 \_\_\_\_\_

介護支援専門員 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記の被保険者について、福祉用具貸与の例外給付が必要と思われるので申請します。

|         |          |        |  |   |         |  |   |  |        |
|---------|----------|--------|--|---|---------|--|---|--|--------|
| フリガナ    |          | 被保険者番号 |  |   |         |  |   |  |        |
| 被保険者氏名  |          |        |  |   |         |  |   |  |        |
| 被保険者住所  |          |        |  |   |         |  |   |  |        |
| 生年月日    | 明治・大正・昭和 |        |  | 年 |         |  | 月 |  | 日 ( 歳) |
| 要介護状態区分 | 要支援 ( )  |        |  |   | 要介護 ( ) |  |   |  |        |
| 認定有効期間  | 令和       |        |  | 年 |         |  | 月 |  | 日 ~ 令和 |
|         |          |        |  |   |         |  |   |  |        |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                    |     |  |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 福祉用具貸与種目             | <input type="checkbox"/> 車いす (付属品含む) 品目等<br><input type="checkbox"/> 特殊寝台 (付属品含む)<br><input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具<br><input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器<br><input type="checkbox"/> 体位変換器<br><input type="checkbox"/> 移動用リフト |     |  |
| 利用実績 (予定)            | 令和 年 月 日 利用開始                                                                                                                                                                                                                      |     |  |
| 申請期間                 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                |     |  |
| 医療機関名                |                                                                                                                                                                                                                                    | 医師名 |  |
| 医師の医学的所見             |                                                                                                                                                                                                                                    |     |  |
| 担当者会議開催日             | 令和 年 月 日                                                                                                                                                                                                                           |     |  |
| 利用者の状態及び福祉用具貸与が必要な理由 | (疾病名・病状等、必要と考えられる事由を詳細に明記すること)                                                                                                                                                                                                     |     |  |

- ※ 添付書類 ①居宅介護(予防)サービス計画  
②サービス担当者会議の要点 (貸与の必要性を検討したもの)  
③主治医意見書等必要書類