

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付届出書

ふりがな 被保険者名	被保険者番号											
	要介護度		要支援( )・要介護1									
	認定有効期間		～									
生年月日	M・T・S	年	月	日	性別	男・女						
住所	〒											
福祉用具名	特殊寝台 ・ 特殊寝台付属品 ・ 床ずれ防止用具 体位変換器 ・ 移動用リフト (段差解消器 以外)											
福利用具貸与 サービス 事業者名												
貸与(届出) 期間	年 月 日 ～ 年 月 日											
医療機関名及 び主治医名	住所		医療機関名		主治医							
病名及び医師 の医学的所見	病名		所見									
軽度者における福祉用具貸与が必要と認められる理由 (判断に至った理由)												
年 月 日 住所 事業所名 ケアマネジャー												

※ ①サービス担当者会議等記録、②居宅サービス計画又は介護予防サービス計画 を添付して下さい。

なお、サービス計画には(1)～(3)のいずれかに該当する旨を記載するとともに、当該医師の所見及び医師の名前を計画に記載してください。