

## 指定（介護予防）福祉用具貸与費例外給付対象者確認依頼書

フリガナ		保険者番号		3	4	2	0	2	2
対象者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女						
住所	〒 - 電話番号								

福祉用具費貸与例外給付の種目

- 車いす及び車いす付属品
- 特殊寝台及び特殊寝台付属品
- 床ずれ防止用具及び体位変換器
- 認知症老人徘徊感知機器
- 移動用リフト（つり具の部分を除く。）
- 自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）

呉市長殿

以下の関係書類を添えて、福祉用具貸与費例外給付の確認を依頼します。

- ①主治医の診断書等医師の医学的な所見が記載された書類
- ②サービス担当者会議の要点等当該福祉用具貸与の必要性が記載された書類

令和 年 月 日

事業所名 電話番号

依頼者 介護支援専門員等氏名

※下欄へは記載しないでください。

決裁	担当者	係員	主査	係長	課長補佐	課長補佐	課長
・							
上記依頼について、確認書等を交付してもよろしいですか。							
・主治医の診断書等 適・否 ・サービス担当者会議の要点等 適・否 要支援・要介護度（要支援 1・2） （要介護 1・2・3）					備考		担当者確認 受付印