

(あて先)浜松市長

(申請者)事業所住所

事業所名

代表者氏名

(署名又は記名押印をしてください。)

ケアプラン作成担当者氏名

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認申請書

被 保 険 者 氏 名		被 保 険 者 番 号					
住 所	浜松市 区	TEL( ) -					
要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 (※自動排泄処理装置の場合 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3) <input type="checkbox"/> 認定申請中 (認定日 年 月 日)						
認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日			
指定(介護予防)福祉用具貸与事業者名							
主治医名及び医療機関名							
福 祉 用 具 貸 与 種 目	<input type="checkbox"/> 車いす・車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台・特殊寝台付属品 <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						
申 請 理 由 ※疾病名及び福祉用具貸与が必要な理由を記入							

- ・福祉用具貸与開始日(ただし、認定申請中の場合は認定結果通知後速やかに)までに各福祉事業所長寿支援課又は長寿保険課に提出してください。
- ・申請書には、要支援の場合、介護予防サービス・支援計画書及び介護予防支援経過記録を、要介護の場合は、居宅サービス計画書標準様式第1表、第2表、第4表及び第5表を添付してください。また、医師の医学的所見が確認できる書類を添付してください。

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認通知書

上記の内容で、軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付を確認しました。

ただし、確認通知の有効期間は、認定有効期間とします。

年 月 日

確認番号	
------	--

浜 松 市 長 印