

(様式1)

平成 年 月 日

中新川広域行政事務組合 介護保険課 様

居宅支援事業所名 _____

管理者名 _____ 印

担当名 _____

電話番号 _____

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について

下記の方に福祉用具貸与が必要と思われます。別紙資料を添付しますのでご確認ください。

記

1 被保険者番号 _____

被保険者氏名 _____

2 添付書類 (1) 軽度者に対する福祉用具貸与に係る医師の意見確認書

(2) 居宅サービス計画 (介護1の場合)

- ・第1表 居宅サービス計画書(1)
- ・第2表 居宅サービス計画書(2)
- ・第3表 週間サービス計画表
- ・第4表 サービス担当者会議の要点

介護予防サービス計画 (要支援1、2の場合)

- ・介護予防サービス・支援計画書
- ・サービス担当者会議等の記録

(3) その他資料等

※医師の意見確認書の提出がない場合、次の事項を記入してください。(報告のみの場合)

要介護度	支援1・支援2・介護1	認定期間	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日
福祉用具種目			
商品名			
利用予定開始年月日		単位数	
福祉用具貸与事業所名		福祉用具貸与事業所番号	