

軽度者に対する福祉用具貸与確認申請書（新規・継続）

令和 年 月 日

（宛先）府 中 町 長

次の対象者に対する福祉用具貸与の例外給付について、必要書類を添付しますので確認願います。

申出者	事業所名					計画作成者 氏 名				
	住 所	〒				連絡先	() -			
対象者	被保険者番号					住 所	〒			
	ふりがな									
	氏 名					生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	要介護度 (該当に○)	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3				
	認定有効期間 (申請中は不要)	令和 年 月 日 ~				令和 年 月 日				
福祉用具の種目 (該当に○)	<ul style="list-style-type: none"> ・車いす ・車いす付属品 ・特殊寝台 ・特殊寝台付属品 ・床ずれ防止用具 ・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） 									
サービス担当者会議開催日	令和 年 月 日				利用開始日	令和 年 月 日				

※添付書類：①医学的な所見の確認書類（②、③に医学的所見が記載されている場合は不要）
 ②サービス担当者会議録の写し（会議に参加していない主治医についても、医療機関名・主治医氏名を記入してください。）
 ③居宅サービス計画書〔1〕〔2〕若しくは介護予防サービス・支援計画書の写し
 ※計画作成者とは、対象者の介護（予防）サービス計画を作成している者です。

（以下は府中町記入欄）

令和 年 月 日

府 中 町 長
 （福祉保健部高齢介護課）

貴方からの申出について、添付書類により確認した結果は次のとおりです。

() 福祉用具を必要とする理由が確認できました。

<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に第95号告示第25号のイに該当する
<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第95号告示第25号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる
<input type="checkbox"/>	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から第95号告示第25号のイに該当すると判断できる

() 福祉用具を必要とする理由が確認できませんでした。