

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付確認申請書

年 月 日

夕張市長 様

事業所名	印
事業所住所	〒
担当者名	
電話番号	

被保険者氏名		被保険者番号
生年月日	年 月 日		
住 所	電話番号		
要介護度と 認定有効期間	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3		
	年 月 日 ~ 年 月 日		
	<input type="checkbox"/> 認定申請中（申請日 年 月 日）※		
貸与予定の 福祉用具種目	<input type="checkbox"/> 車いすおよび車いす付属品		<input type="checkbox"/> 特殊寝台および特殊寝台付属品
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具および体位変換器		<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト(つり具の部分を除く)		<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
福祉用具を 必要とする 理 由	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によってまたは時間帯によつて、頻繁に告示で定める福祉用具が必要な状態に該当する。		
	<input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに告示で定める福祉用具が必要な状態にな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または症状の重篤化の回避等医学的判断から告示で定める福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる。		
サービス担当者会議開催日	年 月 日		
貸与開始(予定)日	年 月 日		

※申請中で依頼する場合、事前の申し出が必要です。