

(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)までに各区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

