

介護保険 福祉用具貸与例外給付申請書

春日部市長 あて

年 月 日

下記のとおり、福祉用具貸与例外給付の申請をします。

【居宅介護（介護予防）支援事業者】

事業者名		担当者氏名	
住 所		電話番号	

被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
被保険者氏名		性 別	男 ・ 女
住 所	春日部市	電話番号	
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1	認定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで

必要書類	<input type="checkbox"/> 医師の医学的な所見が確認できる書類（主治医意見書、医師の診断書等） <input type="checkbox"/> ケアプラン第1・2表 または、介護予防サービス・支援計画書 <input type="checkbox"/> ケアプラン第4表（サービス担当者会議の要点） または、介護予防支援経過記録 <input type="checkbox"/> 該当福祉用具のカタログの写し		
福祉用具の種類	特殊寝台 ・ 床ずれ防止用具 ・ 体位変換器 ・ 認知症老人徘徊感知機器		
被保険者の状態像 (該当するものを○印で囲んでください。)	i	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号のイに該当する者	
	ii	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者	
	iii	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者	
疾病名 (例：パーキンソン病、末期がん等)			
福祉用具貸与が必要な理由 疾病名（パーキンソン病・末期がん等）、その疾病の具体的な症状、状態が変動する時間帯等を詳しく記入してください。			

市使用欄	市 受 付 印 欄