参考様式

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付申請用 　　　　　　　 令和　　 年　 月　 日

［担当居宅介護支援事業所］

事業所名

担当者

連絡先

**先生**

時下、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、介護保険サービスの利用に際し、下記の利用者について医療情報が必要となりますの

で、ご提供くださいますよう宜しくお願いいたします。

※診療情報提供に関する個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」（平成15年法律第57号）に基づき適正に管理し、診療情報提供内容については介護保険サービスの利用以外には使用いたしません。

なお、事前に利用者（家族）へ、診療情報提供を受けるための同意を得ております。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏 名 | 様( 男・女 ) | | 生年月日 | 年　 　月　　 日生　(　　 　　歳) |
| 貸与予定の福祉用具 | | 特殊寝台 ・ 特殊寝台付属品 ・ 床ずれ防止用具 ・ 体位変換器 ・ 車いす ・ 車いす付属品  認知症老人徘徊感知機器 ・ 移動用リフト（昇降座椅子） ・ 自動排泄処理装置 | | |
| **軽度者福祉用具の例外給付に関する医学的所見** | | | | |
| 傷病名 | | | | |
| １．病状、治療経過等 | | | | |
| ２．上記する福祉用具が必要となる医学的所見（具体的に記載してください） | | | | |
| 平成　　 年　　 月　　 日  住　　　所：  医療機関名：  医　師　名： | | | | |