

(様式2)

年 月 日

中間市長 様

同 意 書

次の事項について、居宅介護（介護予防）支援事業所の担当者から説明を受け、同意しました。

- (1) 居宅介護（介護予防）支援事業所が、私の軽度者福祉用具貸与の例外給付の申請を行なうこと。
- (2) 確認結果通知を当該居宅介護（介護予防）支援事業所あてに送付すること。
- (3) この申請にかかる確認のために必要があるときは、私の要介護認定または要支援認定の結果や心身の状態、および疾病など必要な事項について中間市が確認を行うこと。

本人同意欄

住 所

氏 名

署名代理人

住 所

氏 名
続 柄 ()

(様式3)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付申請用

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(才)
貸与を予定する福祉用具	特殊寝台・特殊寝台付属品・床ずれ防止用具・体位変換器 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)
年 月 日
住 所:
医療機関名:
医 師 名: 印