

福祉用具貸与例外給付確認依頼書

年 月 日

松崎町長 様

事業所所在地

事業所名

⑩

電話番号

担当者氏名

下記のとおり福祉用具が特に必要と判断しましたので、確認を依頼します。

ふりがな	-----	被保険者番号	
被保険者氏名		介護度	要支援1 要支援2 要介護1
貸与種別		貸与開始 年月日	年 月 日
貸与予定事業者			
意見を求めた 担当医	医療機関名 _____ 担当医 _____ 確認日 年 月 日 (確認方法:)		
福祉用具が 必要な理由	病名: _____ 該当する状態(チェックをする) <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間帯によって、頻繁に福祉用具が必要な状態に該当する者 <input type="checkbox"/> 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに福祉用具が必要な状態になることが確実に見込まれる者 <input type="checkbox"/> 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、医学的判断から福祉用具が必要な状態に該当すると判断できる者 具体的な状態を記入(その状態を詳しく記入してください)		