

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼書

平成 28 年 10 月 25 日

吉川市長 あて

記入例

事業所名 居宅介護支援事業所 ○○

担当者 ○○ ××

連絡先 048-982-xxxx

被保険者情報

Table with 2 columns: 被保険者氏名 (吉川 太郎), 被保険者番号 (0000000000), 要介護度 (要支援2), 認定有効期限 (平成28年11月1日 ~ 平成29年10月31日)

※要介護2・3は自動排泄処理装置のみ。

例外給付の判断

Table with 2 columns: 福祉用具の種類及び該当する状態, 福祉用具貸与を必要とする理由 (医学的所見), 主治医の所見を確認した書類等, サービス担当者会議開催日, 福祉用具貸与の開始年月日

下記のとおり関係書類を添えて、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認依頼について申請します。なお、本件について被保険者（本人等）の同意を得ております。

Table with 2 columns: 添付書類 (医学的所見が確認できる書類, サービス担当者会議等の記録の写し), 確認日 (平成28年10月22日), 確認者 (吉川 花子 (妻)), 遡及する場合の理由 (※必要に応じ記入する。)

保険者確認欄

Table with 2 columns: 上記の福祉用具貸与について、例外給付として介護給付の対象にすることを 可・不可 と判断し通知します。 (課長, 課長補佐, 係長, 担当)