

様式第1号（第4条関係）

軽度者に係る福祉用具貸与の例外給付確認申請書

年 月 日

（宛先）湖西市長

申請者 住 所
氏 名

被保険者氏名		被保険者番号									
住 所	TEL () —										
要介護状態区分	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2※・要介護3※ ※自動排泄処理装置のみ										
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日										
指定居宅介護（介護予防）支援事業者名 及び担当ケアマネージャー名											
指定（介護予防）福祉用具貸与事業者名											
主治医名及び医療機関名											
福祉用具 貸与品目	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置										
申請理由											

・申請書には、要支援の場合、介護予防サービス・支援計画書及び介護予防支援経過記録を、要介護の場合は、居宅サービス計画書標準様式第1表、第2表、第4表、第5表及び第6表を添付してください。