

殿几

事業所代表者名 () 事業所電話番号 ()

1	被保険者	(氏名)	被保険者番号										
		(要介護度) ☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3											
2	福祉用具を必要とする理由	☐	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、頻繁に第 95 号告示第 25 号のイに該当する										
		☐	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第 95 号告示第 25 号のイに該当する										
		☐	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第 95 号告示第 25 号のイに該当すると判断できる										
3	確認を必要とする福祉用具種別及び該当する利用者の状態等	☐	車いす及び車いす付属品	利用者の状態等									
		☐	特殊寝台及び特殊寝台付属品										
		☐	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（つり具部分を除く）										
		☐	自動排泄処理装置										
4	福祉用具貸与事業者	事業者名											
		事業者番号											

上記の居宅介護（介護予防）支援事業所が、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に関して一切の手続きを行うこと、その結果等について福祉用具貸与事業者に提示すること及びこの申請に係る確認に必要な場合は美里町が私の心身の状態に必要な事項について調査することを同意します。

本人氏名 印

年 月 日

美里町長 印

確認を行った福祉用具種別	
--------------	--

※継続して貸与を受ける場合、確認の終了日に到達する前に再度確認申請を行う必要があります。