

介護保険 軽度者に対する福祉用具貸与申請書

久留米市長 あて

年 月 日

下記の福祉用具について、介護保険の給付として算定を認めていただきたく申請いたします。

フリガナ			保険者 番 号	4 0 2 0 3 2							
被保険者氏名			被保険 者番号	0	0	0					
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日生										
住 所	〒 ー 電話番号										
認定結果	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3										
有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日										
貸与を希望する 福祉用具の品目	☐ 特殊寝台及び特殊寝台付属品 ☐ 移動用リフト（つり具の部分を除く） ☐ 床ずれ防止用具 ・ 昇降座いす ☐ 体位変換器 ☐ 認知症老人徘徊感知機器 ・ 起きあがり補助装置 ・ その他（ ） ☐ 自動排泄処理装置（排泄物の経路部分を除く）										
給 付 が 必 要 な 事 案	☐ i) 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 繁に利用者等告示第 31 号のイに該当する者 ☐ ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第 31 号のイに該当するに至ることが確実に見込まれる者 ☐ iii) 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 断から利用者等告示第 31 号のイに該当すると判断できる者										
上記事案に係 るサービス担当者 会議における 医 師 の 意 見 (医学的所見)	主治医 病院名 氏 名										
届 出 事 業 者	事業者名 及び 所 在 地	電話番号									
	介護支援 専 門 員	事業者番号									

※添付書類：要介護；居宅サービス計画書（2表）、サービス担当者会議の要点（4表）

要支援；介護予防サービス・支援計画書、介護予防支援経過記録

上記の申請に対し、次のとおり決定しましたので通知いたします。

受 付

年 月 日

久留米市長

印

☐ 貸与を認める。

期間： 年 月 日 ～ 年 月 日

☐ 貸与を認めない。

理由：