介護保険福祉用具貸与特例給付申請書

令和　　年　　月　　日

松川町長　殿

申請者 住所

氏名

　介護保険福祉用具貸与特例給付について、下記のとおり申請します。

【福祉用具利用被保険者】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭　　　　年　　　月　　　日 |
| 被保険者氏名 | 申請者に同じ場合は記載不要 | | | | | | | | | | 性別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | 申請者に同じ場合は記載不要  松川町  電話番号 | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援 １ ・ 2　　要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | | | | | | | | | 認定  有効期間 | 年　　　月　　　日から  年　　　月　　　日まで |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出書類 | □医師の医学的な所見が確認できる書類（医療と介護の連携連絡票、医師の診断書等） □認定調査票の写し □ケアプラン第1・2表　または、介護予防サービス・支援計画書 □ケアプラン第4表（サービス担当者会議の要点）等 □該当福祉用具のカタログの写し | |
| 福祉用具  の種類 |  | |
| 被保険者  の状態像 | 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、頻繁に第23号告示第21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、短時間のうちに第23号告示第21号のイに該当するに至る事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第23号告示第21号のイに該当すると判断できる者 |
| ⅳ | 認定調査から第23号告示第21号のイに該当するもの |
| 疾病名 | （例：パーキンソン病、末期がん等） | |
|
| 申請の理由 |  | |

【居宅介護（介護予防）支援事業所】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 担当者名 |  |
| 住所 | 電話番号 | | |