

病院名

担当医

電話番号

支援事業所

担当者

電話番号

軽度者に対する福祉用具貸与に関する医学的所見について

下記の被保険者につきまして、「軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付」に該当する可能性があり、福祉用具貸与の可否について検討中です。

つきましては、下記の日常生活範囲における支援が必要である者かどうか、医学的な所見をお願いします。

被保険者名	フリガナ	被保険者番号									
	氏名	0	5	0	0	0	0				
	住所	〒 (TEL)									
要介護度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1				確認をお願いする福祉用具						

《医師記入欄》

◎上記の被保険者につきまして、日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる者であるか。

1. 必要と認められる 2. 必要と認められない

◎上記の被保険者が、日常生活範囲における移動の支援が特に必要と認められる医学的所見をお願いします。

令和 年 月 日

病院名

主治医名
_____ 印