

受 付 印

(様式3)

多高受第 号
令和 年 月 日

多度津町長 様

事業所名
事業所番号

管理者名 (印)

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付中止届

年 月 日付(確認NO)で確認を受けた、軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付について、下記のとおり中止したいのでお届けします。

1. 被保険者

| | | | |
|--------|--|--------|--|
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | |
| 住 所 | | | |

2. 利用(貸与)している福祉用具

| | |
|-------------------|--|
| 福祉用具の種類 (該当に○) | ア 車椅子 イ 車椅子付属品 ウ 特殊寝台 エ 特殊寝台付属品 オ 床ずれ防止用具 カ 体位変換器 キ 認知症老人徘徊感知機器 ク 移動用リフト ケ 自動排泄処理装置 |
| 保険給付開始日 | 年 月 日 |

3. 利用(例外給付)中止の理由

| |
|--|
| |
|--|

4. 利用(例外給付)終了日

令和 年 月 日

5. ケアプラン(介護予防ケアプラン)作成担当者

| | | | |
|------|---------|---------|--|
| 事業所名 | | 担当者名 | |
| 住 所 | | | |
| 連絡先 | TEL () | FAX () | |