

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 ()	