

## 介護保険 軽度者の福祉用具貸与例外給付に係る医師の意見書

患者氏名
<b>【必要な福祉用具】(該当するものにチェック)</b> <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車いす付属品 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト（つり具の部分を除く） <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
<b>【原因となる疾病名】</b>
<b>【所見】(なぜ上記の福祉用具が必要であるかを記載してください。)</b>
上記のとおり、この患者に福祉用具の利用が必要であることを証明する。
(記入日)      年      月      日
医療機関名
所在地
医師氏名

※高齢介護課に提出した主治医意見書等、同内容の医師の証明が別にある場合は、この様式を使用する必要はありません。