

例外給付の福祉用具を必要と認めた理由書

那覇市福祉事務所長 宛 年 月 日

下記のとおり確認書を提出します。

被保護者氏名	男・女		被保険者番号	H									
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳	要介護状態区分等									
指定介護機関名				要介護認定の有効期間		平成 年 月 日～		平成 年 月 日					
担当者名			連絡先										

福祉用具の種類	1、車いす・車いす付属品・電動車いす・セニアカー 2、特殊寝台・特殊寝台付属品 3、床ずれ予防具・体位変換器 4、認知症老人徘徊探知器 5、リフト（移動用・固定式・据置式） 6、特殊尿器
利用者の状況	
介護者の状況	
利用することで得られる効果	
専門家（医師・PTなどの意見	



福祉用具の例外給付について、次のとおり給付決定します。

決定区分	要 ・ 否	決定期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
決定の理由				課 長	査察指導員	担当者	取扱担当