

(参考様式)

記入日 年 月 日

### 福祉用具貸与例外給付にかかる主治医意見書

フリガナ		性別	男 ・ 女
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
住 所	〒  TEL		

医療機関名		医師氏名	
医療機関所在地	〒  TEL		

福祉用具の種類 (該当に○)	車いす・特殊寝台・床ずれ防止用具・体位変換器・ 認知症老人徘徊感知機器・移動用リフト (つり具の部分を除く)
総合的意見	