

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付に係る主治医所見聴取記録

提出日：令和 年 月 日

以下、主治医からの意見を聴取しました。

1. 聴取者

居宅介護支援事業所名	
ケアマネジャー等名	

2. 対象者

被保険者名	
被保険者番号	
生年月日	大・昭 年 月 日生
住所	

3. 意見を求めた担当医

医療機関名	
担当医師名	
所在地	
連絡先	
聴取年月日	令和 年 月 日
聴取方法	電話にて聞き取り・訪問にて聞き取り・他（ ）
聴取内容	