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

１．被保険者氏名

　（サービス利用者氏名）

生年月日　　明・大・昭　　　年　　　月　　　日　生

住　　所

２．医療機関名

所在地

３．主治医名

４．聴取年月日　　　令和　　　年　　　月　　　日

５．聴取方法

６．聴取内容

|  |
| --- |
|  |

　　　　以上，主治医からの意見を聴取しました。

居宅介護（介護予防）支援事業所名

計画作成者（介護支援専門員）名

（柏市様式　2013）