福祉用具貸与の例外給付遅延理由書

事業所名：

代表名：　　　　　　 ㊞（担当者名）

被保険者番号：

被保険者氏名：

主治医の所見確認日：　　　　年　　月　　日

サービス担当者会議開催日：　　　　年　　月　　日

利用計画期間：　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日

遅延理由（具体的に記入してください）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |