

令和 年 月 日

下野市長 様

(申請者)

介護予防支援事業所名 (委託先事業所名)

資格:介護支援専門員・()

氏名

印

軽度者に対する福祉用具貸与の取扱いの特例に関する確認について (依頼)

下記の者に対する福祉用具貸与の必要性が、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」(平成 18 年老計発第 0317001 号・老振発第 0317001 号・老老発第 0317001 号。以下「留意事項通知」という。)第二の 10 の(4)の①のウに定める手続によって適切に判断されることについて、確認願います。

記

1 被保険者

- (1) 住所
- (2) 氏名
- (3) 被保険者番号
- (4) 状態 (i)～iii)について具体的に)

2 貸与が必要な福祉用具の種目及び理由

- (1) 種目
- (2) 理由 (具体的に)

3 貸与事業所

- (1) 開設法人名
- (2) 事業所名
- (3) 事業者番号

4 添付書類

No	書 類 の 内 容	該当に○
1	i)から iii)のいずれかに該当することが医師の所見に基づいていることを証する書類 (居宅サービス計画書等)	有 ・ 無
2	福祉用具貸与の必要性の判断がサービス担当者会議等を経た適切なケアマネジメントの結果を踏まえていることを証する書類	有 ・ 無
3	貸与が必要な福祉用具のカatalog	有 ・ 無