（介護予防福祉用具貸与用）

　　年　　月　　日

足利市長　宛て

事業所名

事業所住所

事業所番号

開設法人名

代表者氏名

　　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11の(2)の①のウに定める手続によって適切に判断されたことについて、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（留意事項通知第二の９の(2)の①のウの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　添付書類

(1)　主治医意見書、医師の診断書又は居宅サービス支援計画表

(2)　サービス担当者会議の結果

(3)　貸与が必要な福祉用具のカタログ（コピー）