

年 月 日

事 業 所 名
ケアプラン作成担当者名

新潟市 区長

軽度者に対する福祉用具貸与の例外給付の確認について（通知）

年 月 日付で確認の依頼がありました（介護予防）福祉用具貸与について、次のとおり確認しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者番号	
確認の結果	<p>確認の内容について、</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 保険給付の対象として適当と見込まれます。</p> <p><input type="checkbox"/> 保険給付の対象外と見込まれます。</p> <p>※支給対象外と見込まれる理由</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 10px;"></div>		
	支給対象福祉用具の種類		
	【備考】		

【注意事項】

- 実地調査等により、提出された依頼書に記載された医師の所見等が、確認できなかった場合には、返還等の可能性があります。
- アセスメントによって、（介護予防）福祉用具貸与の対象に該当しなくなった場合には、適正なマネジメントにより（介護予防）福祉用具貸与を中止してください。

新潟市〇〇区健康福祉課高齢介護担当
TEL

必要に応じた見直し

ケアマネージャー等は、アセスメントの結果を参考に必要に応じて担当者会議等を開催し、継続して福祉用具貸与を受ける必要性について検証してください。その結果、継続して福祉用具貸与を受ける必要性がある場合は、その理由を再びケアプランに記載してください。