

令和 年 月 日

介護保険サービスの例外給付等の確認依頼書

志木市長寿応援課長 様

事業所所在地
居宅介護支援事業所名
担当介護支援専門員

下記により、サービスの利用が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

1 サービスの利用を予定している被保険者

被保険者名		被保険者番号	
住 所	志木市		
要 介 護 度	要支援()・要介護()	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日

2 必要と判断したサービス

サービスの種類	
利用開始(予定)日	令和 年 月 日

3 被保険者の状況

--

4 判断した理由

サービス 担当者会議	開催日	令和 年 月 日	開催場所	
	出席者の 意見等			

保険者確認欄	上記の理由に基づき、介護保険サービスが「必要・不必要」と認めます。 意 見 令和 年 月 日 志木市長寿応援課長（公印省略）
--------	---