

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

(状況説明欄)

### 4 判断した理由

(判断理由説明欄)

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)
--------	---