令和　　年　　月　　日

（あて先）札幌市　　　区長

居宅介護（介護予防）支援事業者名

管理者名　　　　　　　　　　　印

**市　町　村　確　認　依　頼　書**

　福祉用具貸与の提供について、下記のとおり医師の医学的な所見に基づきサービス担当者会議等を通じ検討した結果、福祉用具貸与が必要であると判断しましたので確認を依頼します。



令和　　年　　月　　日



（あて先）札幌市　　　区長



居宅介護（介護予防）支援事業者名



管理者名　　　　　　　　　　　印

**市　町　村　確　認　依　頼　書**

　福祉用具貸与の提供について、下記のとおり医師の医学的な所見に基づきサービス担当者会議等を通じ検討した結果、福祉用具貸与が必要であると判断しましたので確認を依頼します。

