福祉用具の購入が必要となる理由書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 被保険者氏名 |  | 性別 | 男　　・　　女 |
| 住所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具の種類 | 福祉用具を必要とする理由及び選定した理由 （現在の体の状態、どこがどう困っているか、用具があることでどう改善されるか等） |
|  |  |

　　　　年　　　　月　　　　日

以上の理由により、福祉用具の購入が必要となります。

居宅介護支援事業所名

居宅介護支援事業所住所

介護支援専門員名