**福祉用具が必要となる理由書**

ダウンロード書式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |
| フ リ ガ ナ被保険者氏名 |  | 生年月日 | 明･大･昭　　　　年　　　月　　　日 |
|  |
| 性　　別 | 男　　・　　女 |
|
| 住　　　　所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　）　　　　－ |

|  |  |
| --- | --- |
| 特 定 福 祉 用 具 の 種 目 | 用 具 を 必 要 と す る 理 由 （ 詳 し く ） |
|  |  |

　　　年　　　月　　　日

上記のような理由により特定福祉用具の購入が必要となります。

|  |  |
| --- | --- |
| 勤務先名 |  |
| 勤務先住所 |
| 介護支援専門員名 |