

福祉用具が必要な理由書

フリガナ						保険者番号		0	6	2	0	2	6
被保険者氏名						被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女							
住所	〒 電話番号 ( )												
認定区分	要介護	1	2	3	4	5	要支援						
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日												
心身の状況・介護状況等													
現在使用している福祉用具													
必要な福祉用具													
種 目	用 具 名 及 び 商 品 名												
1 腰掛便座													
2 自動排泄処理装置の交換可能部品													
3 排泄予測支援機器													
4 入浴補助用具													
5 簡易浴槽													
6 移動用リフトのつり具													
7 スロープ													
8 歩行器													
9 歩行補助つえ													
必要な理由 (選定理由)													
今年度(4月～3月)購入で申請した状況							・ 初 回 ・ その他( )						
上記の被保険者について、福祉用具購入が必要と認められます。 令和 年 月 日 指定居宅介護支援事業者名 介護支援専門員 連絡先電話番号 -													