

福祉用具購入理由書

平成 年 月 日

被 保 険 者	住 所	
	氏 名	

わたしは、上記被保険者が介護保険法に基づく特定福祉用具を購入することについて、下記の理由により購入する必要性を認めます。

必要判断者

資格・職種 介護支援専門員・その他 ()
事業所名
氏 名 印

被 保 険 者 の 心 身 の 状 況	
特 定 福 祉 用 具 の 必 要 理 由 (介護負担の軽減 や日常生活自立 度の向上が期待で きる状況等)	
特 定 福 祉 用 具 の 種 目	
特 定 福 祉 用 具 の 写 真 (写真もしくは 写真のコピーを 貼り付けて ください。)	