

福祉用具購入の必要性について（理由書）

作成者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員（第 号）	
	氏名		<input type="checkbox"/> その他 （職種名）	
	所属勤務先	名称		
住所				
電話番号				
利用者	フリガナ	被 保 険 者 番 号		
	被保険者氏名			
	要介護状態	要支援（ 1 ・ 2 ） ・ 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）	性別	男 ・ 女
	住所	〒		
被保険者の心身の状況等				
購入予定の福祉用具の種類		<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部分 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊り具の部分 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器		
購入予定の特定福祉用具販売事業者名				
福祉用具購入の必要性				
六戸町長 様 当該被保険者について、上記理由により福祉用具購入が必要であることを証明します。 年 月 日 氏名				

※添付書類

- ・ケアプラン
- ・本人の状態、介護・家屋の状況がわかる資料(フェースシート等)
- ・購入するものがわかる資料(カタログ等)