

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） <input type="checkbox"/> その他（職種名）		
	氏名				
	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			
		内容（ ）			
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。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> 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)