

年 月 日

直方市長

様

(必要性を判断した者)

事業所名称

氏 名

印

資格・職種

介護支援専門員 地域包括支援センター職員
福祉用具専門相談員 その他 ()

福祉用具購入が必要な理由書

下記の方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、以下のとおり必要性を認めます。

氏 名	
生年月日	
被保険者番号	

被保険者の心身の状況	
特定福祉用具の種目	
特定福祉用具が必要な理由 <small>(介護負担の軽減や日常生活自立度向上が期待できる状況等)</small>	

※ 既に支給を受けた特定福祉用具と同一種目の特定福祉用具について、再度福祉用具購入費の支給を申請する場合は、下記にその理由を記入してください。

(記入者)

被保険者(家族含む) 介護支援専門員 地域包括支援センター職員 福祉用具専門相談員 その他

再支給を必要とする理由 <small>(右記いずれかにレ点を記入し、具体的内容をカッコ内に記入)</small>	<input type="checkbox"/> 破損等による使用不能 <input type="checkbox"/> 身体状況の変化等、その他の特別な事情 ()
---	---