

福祉用具購入が必要である旨の理由書

被 保 険 者	フリガナ		被 保 険 者 番 号			
	氏 名		3	6	4	
	生年月日	大正・昭和 年 月 日	性 別		男・女	
	住 所	〒682-0 三朝町		電話番号 ー		
福祉用具種類 (該当箇所に ○をつける)	1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 入浴補助用具 ①入浴用いす ②浴槽用手すり ③浴槽内いす ④入浴台 ⑤浴室内すのこ ⑥浴槽内すのこ ⑦入浴用介助ベルト 4 簡易浴槽 5 移動用リフトのつり具の部分 ※ 複合的機能を有する福祉用具については、それぞれ該当する箇所に ○を付けてください。					
当該福祉用具が 必要な理由						
上記のとおり福祉用具購入の必要性を認めます。			令和 年 月 日			
事業所名						
代表者名						
所在地						
電話番号						
記入者介護支援専門員氏名			印	