**介護保険　福祉用具の購入が必要な理由書**

**記入者　介護支援専門員もしくは町の相談員などが記入してください。**

**年　　月　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | | **どちらかに○してください**  **・介護支援専門員**  **・その他（　　　　　　　　）** |
| **氏　名** |  | |
| **所　属** | **事業所**  **等名称** |  | |
| **所在地** | **〒**  **電話番号　　　（　　　）** | |

**被保険者が、下記の理由により福祉用具の購入が必要と認めます。**

**被保険者（支給を受けようとする方）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **要介護度** |  |
| **フリガナ** |  | | | | | | | | **生年月日**  **明・大・昭　　年　　月　　日** | | | |
| **氏　名** | **（男・女）** | | | | | | | |
| **住　所** | **〒**  **電話番号　　　（　　　　）** | | | | | | | | | | | |
| **被保険者の**  **身体状況** |  | | | | | | | | | | | |
| **購入予定の**  **福祉用具** |  | | | | | | | | | | | |
| **福祉用具の**  **必要な理由** |  | | | | | | | | | | | |