

## 福祉用具が必要となる理由書

特定福祉用具の種目	用具を必要とする理由（詳しく）
	<p data-bbox="619 421 906 450">（身体及び日常生活の状況）</p> <p data-bbox="619 658 882 687">（必要性及び選定の理由）</p> <p data-bbox="619 896 858 925">（購入後の効果と改善）</p>

令和 年 月 日

上記のような理由により、特定福祉用具の購入が必要となります。

被保険者番号	
--------	--

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_ 番地

居宅介護支援事業所所在地 \_\_\_\_\_

居宅介護支援事業所名 \_\_\_\_\_

介護支援専門員氏名 \_\_\_\_\_