

## 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="619 663 882 692">(必要性及び選定の理由)</p> <p data-bbox="619 904 858 934">(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