

福祉用具を必要と認める理由書

令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号																	
	フリガナ												生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏 名												性 別	男 ・ 女				
	要介護認定 の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援 1 2																
	有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日																	

記 入 者	氏 名											
	職 種											
	所 属	所 在 地										
		名 称										
電話番号												

福 祉 用 具 種 目	該当に○	福祉用具の種類	福祉用具名（商品名）
		腰掛便座	
		特殊尿器	
		入浴補助用具	
		簡易浴槽	
		移動用リフトの 吊り具の部分	
		排泄予測支援器	
		固定用スロープ	
		歩行器	
		単点杖・多点杖	

福 祉 用 具 選 定 理 由	[申請者の身体状況や、福祉用具使用による効果を個々の用具ごとに具体的に記入してください]
--------------------------------------	--