

## 福祉用具購入が必要である旨の理由書

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名									
生年月日	年 月 日	性別		男 ・ 女					
住 所	〒 電話番号								
福祉用具種類 (該当箇所に ○を付ける)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 腰掛便座</li> <li>2 自動排泄処理装置の交換可能部品</li> <li>3 排泄予測支援機器</li> <li>4 入浴補助用具             <ol style="list-style-type: none"> <li>①入浴用いす</li> <li>②浴槽用手すり</li> <li>③浴槽内いす</li> <li>④入浴台</li> <li>⑤浴室内すのこ</li> <li>⑥浴槽内すのこ</li> <li>⑦入浴用介助ベルト</li> </ol> </li> <li>5 簡易浴槽</li> <li>6 移動用リフトのつり具の部分</li> <li>7 スロープ</li> <li>8 歩行器</li> <li>9 歩行補助つえ</li> </ol> <p style="font-size: small;">* 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。</p>								
福祉用具購入が 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。 <span style="float: right; margin-right: 50px;">年 月 日</span>									
事業所名 代表者名 所在地 電話番号 記入者									