介護保険特定（介護予防）福祉用具購入理由書

年　月　日

被保険者番号			
個人番号			
被保険者名			
要介護度区分	要支援(１・２)・経過的要介護 要介護(１・２・３・４・５)	入院 入所	有・無
住所	〒 TEL		

①居宅サービス計画を作成されている場合は担当の介護支援専門員が記入して下さい。
②居宅サービス計画が作成されていない場合は本人又は家族が記入して下さい。（介護支援専門員でも可）
下記の状況により特定(介護予防)福祉用具の購入を必要とします。

(福祉用具の品目ごとに購入が必要な理由を記載願います。)
上記①の場合は居宅サービス計画に位置づけた理由を記載願います。(居宅サービス計画等の写しでも可)
上記②の場合は、福祉用具専門相談員は、利用者が福祉用具購入費の申請の際に保険者へ提出する必要な理由等を、そのサービス提供の必要性を含めて確認して下さい。上記①の場合も同様です。
この理由書の提出に際しては、福祉用具販売事業者印及び福祉用具専門相談員の確認の署名をお願いします。

記入者(　　)内のいずれかに○をつけて下さい。
（本人　家族　指定居宅介護支援事業者　その他＿＿＿＿＿＿)

指定居宅介護支援事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

介護支援専門員氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

福祉用具販売事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（理由書の確認）
福祉用具専門相談員＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（理由書の確認）
(※本人又は家族が理由書を記載した場合)
本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

(家族) 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　本人との関係(　　)