

# 福祉用具購入理由書

年 月 日

|      |    |  |
|------|----|--|
| 被保険者 | 住所 |  |
|      | 氏名 |  |

私は、上記被保険者が介護保険法に基づく特定福祉用具を購入することについて、下記の理由により購入する必要性を認めます。

## 必要性判断者

資格・職種 介護支援専門員・その他( )

事業所名

氏 名

印

|  |  |
|--|--|
| 被保険者の心身の状況                               |  |
| 特定福祉用具の必要理由（介護負担の軽減や日常生活自立度の向上が期待できる状況等） |  |
| 特定福祉用具の種類（品名、型式、定価等）                     |  |
| 特定福祉用具の写真（写真またはパンフレットのコピーを貼り付けて下さい）      |  |