

特定(介護予防)福祉用具購入に係る理由書

フリガナ			
被保険者氏名			
被保険者番号		生年月日	年 月 日
住所			
居宅介護支援事業所名			
記入者		記入日	年 月 日

<特定(介護予防)福祉用具が必要な理由>

※個々の用具ごとに必要な理由を記載してください

※再購入の場合は、再購入が必要な理由も記載し、必要に応じて写真等の根拠資料を添付してください

※同一品目を複数購入する場合は、複数必要な理由も記載してください。

--