

福祉用具が必要な理由

被保険者番号	0	0	0	0						被保険者氏名	
--------	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--------	--

厚生労働大臣が定める居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給に係る
特定福祉用具・特定介護予防福祉用具の種目

1. 腰掛便座

理由	
----	--

2. 自動排泄処理:

理由	
----	--

3. 入浴補助用具

理由	
----	--

4. 簡易浴槽

理由	
----	--

5. 移動用リフトのつり具の部分

理由	
----	--

6. 排泄予測支援機器

理由	
----	--

7. 固定用スロープ

理由	
----	--

8. 歩行器(歩行車を除く)

理由	
----	--

9. 単点杖(松葉づえを除く)

理由	
----	--

10. 多点杖

理由	
----	--

(留意点)

※被保険者の身心の状況及び日常生活上の動線、福祉用具の導入状況等を総合的に勘案しその選択理由を記載して下さい。

※すでに購入した福祉用具の破損や、要介護者等の介護の程度が著しく高くなった等の場合は状況報告書(別紙1)を添付して下さい。

理由書作成者

住所
氏名

(被保険者との続柄)

上記の福祉用具が必要な理由について、適切であることを確認しました。

特定福祉用具販売店名
福祉用具専門相談員