令和　　　年　　月　　日

特定福祉用具購入が必要な理由書

姶良市長　殿

（記入者）

事業所名

氏名

職名　（福祉用具専門相談員　・　ケアマネジャー）

次の被保険者の特定福祉用具購入について必要な理由は下記のとおりです。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | 要介護度 |  |
| 認定有効期間 | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |  | |  |
| 購入が必要な理由（※該当する項目にチェックのうえ、具体的な理由を記入してください）  □福祉用具が破損・故障　□被保険者の要介護が著しく高くなった  □被保険者の身体状況や介護状況の変化に伴い、用具の性能や形状で支障が生じた  □転居等の居住環境の変化に伴い、用具のサイズで支障が生じた  　　□劣化や衛生状態の悪化　　□その他 | | | | | | | | | | | | | |