

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給にかかる理由書

被保険者番号	
被保険者氏名	
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日生
住　　所	
福祉用具の種類(具体的に)	

当該福祉用具が必要である理由(状況等を簡単に記載してください)	

(理由書記入者…いずれかに○) () 介護支援専門員 () 地域包括支援センター担当職員 () 福祉用具専門相談員 令和 年 月 日	
(所属事業者名または販売事業者名) 記入者氏名	

※入浴補助用具等で加工されたものを申請される場合は、裏面又は別紙に写真や図面等(加工前の原型が確認できるカタログまたは写真、及び加工後の写真や図面等)を添付してください。