

福祉用具が必要となる理由書

特定福祉用具の種目	用具を必要とする理由(詳しく)
	<p>(身体及び日常生活の状況)</p> <p>(必要性及び選定の理由)</p> <p>(購入後の効果と改善)</p>

年 月 日
上記のような理由により特定福祉用具の購入が必要となります。

被保険者番号	0	0	0	0						
--------	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

被保険者氏名

住 所 熊本県阿蘇市 番地

居宅介護支援事業所所在地

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員氏名

印