福祉用具購入が必要な理由書

被保険者番号											被保険者氏名	
要介護認定	要支援　１　・　２ 要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ （有効期間　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日） その他　（　　）											

わたしは、上記の者が介護保険法に基づく特定福祉用具を購入することについて、下記の理由により購入することが必要であると認めます。

（必要性を判断した者）

【 事 業 者 名 】

【資格・職種】　介護支援専門員（登録番号:　　）　・　その他（　　）

【　氏　名　】

被保険者の心身状況	
特定福祉用具の種目	
特定福祉用具が必要な理由及び使用後の期待効果 （介護負担の軽減や日常生活自立度の向上が期待できる状況等）	

※　この様式はケアプラン作成者がいない場合に提出するものです。ケアプラン作成者がいる場合は、居宅サービス計画書（介護予防サービス支援計画書）の写しを提出してください。