

福祉用具購入費再支給理由書

わたしが、既に支給を受けた特定福祉用具と同一の種目の特定福祉用具を購入し、再度支給を申請した理由は下記のとおりです。

年 月 日

(被保険者)

被保険者番号

住 所

氏 名

特定福祉用具の種目・内容	
前回申請年月日	年 月 日
再支給を求める理由 (□にチェックをして下さい)	<input type="checkbox"/> 破損したため <input type="checkbox"/> 介護の必要の程度が著しく高くなったため <input type="checkbox"/> その他特別の事情(下欄に詳しく)
特定福祉用具の必要理由 (介護の負担の軽減や日常生活自立度の向上が期待できる状況など)	

※購入前に必ず市に事前相談してください。