被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜特定福祉用具購入が必要な理由＞

□　居宅・介護予防サービス計画（ケアプラン）添付により省略

※　理由欄の記載に代えて居宅サービス（介護予防サービス）計画の写しを添付した場合にも記入してください。

＜理由欄記入者種別＞　　□　介護支援専門員　　□　福祉用具専門相談員

＜事業所＞＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＜事業所番号＞＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜氏　名＞＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　＜電　話＞＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿

※　理由欄の記載は、居宅サービス（介護予防サービス）計画の写しの添付に代えることができます。

※　理由は、それぞれの福祉用具について、身体状況に基づく理由を具体的に記載してください。

（記載例：「（身体状況）により（困難な状況）にあるため、（福祉用具）を使用することにより（困難な状況の改善）できる」）