

福祉用具購入理由書

当該被保険者は、次の理由により福祉用具購入を要します。

作成日 年 月 日

被保険者氏名		被保険者番号	
住所	和歌山市	要介護度	要支援1,2・要介護()
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
今回購入した福祉用具種目	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ		
申請理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 部品等の交換 <input type="checkbox"/> その他()		
現在利用している福祉用具			
住宅改修歴	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 手すり取付け <input type="checkbox"/> 段差解消 <input type="checkbox"/> 床材変更 <input type="checkbox"/> 扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器取替え		
福祉用具が必要な理由(破損等の場合はその具体的内容及び経過)			
<div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px dashed black; margin-bottom: 5px;"></div>			
事業所名	㊦	作成者の資格	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員
作成者	㊦		<input type="checkbox"/> その他()