

福祉用具購入が必要である旨の理由書

フリガナ		被保険者番号									
被保険者氏名											
生年月日	年 月 日	性別			男 ・ 女						
住 所	〒										
	電話番号										
福祉用具種類 (該当箇所に ○を付ける)	<ol style="list-style-type: none"> 1 腰掛便座 2 特殊尿器 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 <ol style="list-style-type: none"> ①入浴用いす ②浴槽用手すり ③浴槽内いす ④入浴台 ⑤浴室内すのこ ⑥浴槽内すのこ 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分 <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">* 複合的機能を有する福祉用具については、それぞれ該当する箇所に○を付けてください。</p>										
福祉用具購入が 必要な理由											
<p>上記のとおり、福祉用具購入の必要性を認めます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>事業所名</p> <p>代表者名</p> <p>所在地</p> <p>電話番号</p> <p>記入者</p>											