福祉用具が必要な理由

作成（確認）した日　　　：　　　年　　月　　日

作成（確認）者事業所名　：

作成（確認）者氏名　　　：

※上記は作成者が被保険者本人の場合には確認した者の氏名等を記載

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 |
|  |  |
| 購入した福祉用具の種目・商品名 |
|  |
| 必要な理由 |
|  |

※　この文書は、**電子申請により**福祉用具購入費の支給申請をする場合に必ず添付して下さい。

※　この文書は、必ず本人の担当の介護支援専門員（担当の介護支援専門員がいない場合は販売業者の福祉用具専門相談員）が作成、もしくは本人が作成したものを必ず介護支援専門員（福祉用具専門相談員）が確認したうえで添付してください。