**特定福祉用具が必要となる理由書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **被保険者氏名** |  |
| **住所** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **特定福祉用具の種類** | **特定福祉用具を必要とする理由及び選定した理由****（現在の体の状態、どこがどう困っているのか、用具があることでどのように改善されるかなど）** |
|  |  |

**令和　　　年　　　月　　　日**

**上記のような理由により、特定福祉用具の購入が必要となります。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **居宅介護支援事業者名****（介護予防支援事業所名）** |  |
| **居宅介護支援事業所所在地****（介護予防支援事業所住所）** |  |
| **介護支援専門員名** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | 保険者使用欄 |
|  |  |  |  |  |  | 係長 | 係 | 担当 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**特定福祉用具が必要となる理由書**

記入例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者番号** | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **1** | **1** | **1** | **1** | **1** |
| **被保険者氏名** | **甲佐　太郎** |
| **住所** | **甲佐町大字〇〇　□□番地** |

|  |  |
| --- | --- |
| **特定福祉用具の種類** | **特定福祉用具を必要とする理由及び選定した理由****（現在の体の状態、どこがどう困っているのか、用具があることでどのように改善されるかなど）** |
|  | **・用具を必要とする理由（詳しく）****・課題やニーズ（本人等の意向、解決すべき困難な状況：身体・認知機能・家族等介護者など）から目的や改善点（日常生活をどう変えたいか、期待する効果や改善する動作）を詳しく記載してください。** |

**令和　〇年　〇月　〇日**

**上記のような理由により、特定福祉用具の購入が必要となります。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業所番号** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** | **〇** |
| **居宅介護支援事業者名****（介護予防支援事業所名）** | **〇〇〇** |
| **居宅介護支援事業所所在地****（介護予防支援事業所住所）** | **〇〇〇** |
| **介護支援専門員名** | **〇〇〇** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  | 保険者使用欄 |
|  |  |  |  |  |  | 係長 | 係 | 担当 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |