

介護保険特定福祉用具購入理由書

平成 年 月 日

被保険者名	
住 所	会津若松市
電話番号	

下記の状況により、特定福祉用具の購入を必要とします。

記入者：()内のいずれかにをつけて下さい。

(本人・家族・指定居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者・福祉用具販売事業者・地域包括支援センター
・その他_____)

事業所名 _____

氏 名 _____

{ 資格 介護支援専門員・福祉用具専門相談員(指定講習会修了者・有資格者())

被保険者の入院・入所の有無

有 ・ 無