特定福祉用具購入の提供が必要な理由書

記入日　令和　　年　　月　　日

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td>０</td><td>０</td><td>０</td><td>０</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td rowspan="2">要介護認定</td><td rowspan="2">申請中</td><td>要支援</td><td>要　介　護</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td colspan="9"></td><td>１・２</td><td>１・２・３・４・５</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="9">朝日町大字</td><td>電　話</td><td>ー</td></tr>
<tr><td rowspan="3">福祉用具の購入対象品目</td><td colspan="13">１　腰掛便座
□ポータブルトイレ
□和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの
□様式便器の上に置いて高さを補うもの
□電動式またはスプリング式で、便座から立ち上がる際に補助する機能がるもの
２　入浴補助用具
□入浴用いす
□浴槽用手すり
□浴槽内いす
□入浴台
□浴室内すのこ
□浴槽内すのこ
□入浴用介助ベルト
３　簡易浴槽
４　特殊尿器
５　移動用リフトの吊り具</td></tr>
<tr><td>福祉用具が必要な理由</td><td colspan="13"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">作成者</td><td>所　　属</td><td colspan="12">居宅介護支援事業所・居宅介護予防支援事業所・その他関係機関（朝日町地域包括支援センター）</td></tr>
<tr><td>職・氏名</td><td colspan="12">（自書で記入の事）</td></tr>
</table>

※１　居宅サービス計画が作成されている場合は、担当の介護支援専門員が記入します。

※２　居宅サービス計画が作成されていない場合（福祉用具の購入のみ）は、利用の必要性について、関係機関から作成してもらいます。