

福祉用具購入が必要な理由書（別紙）

被保険者番号		被保険者名	
記入者事業所名			
記入者名		連絡先	

（1）購入履歴について

※過去に支給対象となった福祉用具購入履歴についてご記入ください。

種目	商品名	購入日	購入額（税込）
入浴補助用具		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
腰掛便座		年 月 日	円
		年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフト吊り具 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器		年 月 日	円

（2）本人の現在の身体状況について

※原因となる疾病やADLの状態等についてご記入ください。

購入前の入退院について 無 ・ 有 （入院期間 ～ ）

（3）現在福祉用具が無い状況では、ご本人の日常生活にどのような支障が生じますか？

※購入する商品の使用に係る動作についての内容をご記入ください。

（4）福祉用具を購入することにより、ご本人の日常生活はどのように改善されますか？

※購入する商品の使用に係る動作や商品の扱い方についての内容をご記入ください。

※複数の商品を購入する場合は、購入する商品ごとに理由をご記入ください。

☆購入された商品につきましては、安全かつ正しいご利用方法にてご使用願います。
 安全性や正当性が確認できない場合は、福祉用具購入費の支給がされない場合があります。