

## 福祉用具が必要な理由（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) 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 ～ ）

(2) 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？

※購入した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。

--

(3) 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？

※購入した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。

※複数の商品を購入されている場合は、購入した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。