

## 福祉用具が必要な理由（別紙2）

被保険者氏名	
被保険者番号	
購入日	

**4点以上の購入がある場合の**

**み**本様式を作成してください。

（4）福祉用具が必要な理由（どのような状況で困っていて、今現在、どのように生活されているのか具体的にお書きください。）

No	用具種類	困っていること(現在の対応策)	目指す目標（用具導入による効果）
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			