

福祉用具が必要と認められる理由書

年 月 日

フリガナ		性 別	男 ・ 女
被保険者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	電話番号		
福祉用具専門相談員 氏名		事業所名	電話番号

理 由（被保険者の心身の状況及び日常生活上の動線、住宅の状況等を総合的に勘案し、福祉用具の種類とその選定理由を記載のこと）