

[福祉用具購入費再支給理由書]

令和 年 月 日

わたしが、既に支給を受けた福祉用具購入費と同一の種目の福祉用具購入費について、再度支給を申請した理由は下記のとおりです。

(被保険者)

被保険者番号：2000

住 所：

氏 名：

わたしは、上記の者が介護保険法に基づく特定福祉用具を購入することについて、下記の理由によって必要性を認めます。

(必要性を判断した者)

資格・職種等 介護支援専門員 ・ その他 ()

事業所名：

氏 名：

印

再支給の理由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 介護の必要の程度が著しく上昇 <input type="checkbox"/> その他の特別な事情 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>
特定福祉用具の種目	
特定福祉用具の必要な理由 (介護の負担の軽減や日常生活自立度の向上が期待できる状況など)	