

## 福祉用具購入が必要である理由書

### 1 被保険者

被保険者番号		被保険者氏名	
住 所		生年月日	明 大 昭 年 月 日

### 2 理由書作成者

#### (1) 作成者が居宅介護支援専門員の場合

事業者番号		居宅介護支援事業者名	
事業者所在地		連絡先	
介護支援専門員氏名		作成年月日	年 月 日

#### (2) 作成者が居宅介護支援専門員以外の場合

作成者氏名		作成者住所	
連絡先		被保険者との関係	

### 3 福祉用具購入の状況（該当する番号に 印を記入）

1 同一限度額管理期間において、同一の特定（介護予防）福祉用具の購入がない場合
2 同一限度額管理期間において、同一の特定（介護予防）福祉用具の購入実績があるが、破損・紛失により、再度の購入が必要な場合
3 同一限度額管理期間において、同一の特定（介護予防）福祉用具の購入実績があるが、要介護状態区分が著しく高くなったため、再度の購入が必要な場合

### 4 福祉用具購入が必要な理由


3で1に該当する場合 福祉用具の購入は、介護保険法施行規則第70条及び第89条により、被保険者の日常生活の自立を助けるために必要な場合、支給することとされているため、被保険者の日常生活上の必要性という視点で、簡潔に理由を記入してください。

3で2に該当する場合 破損・紛失等の再度購入が必要となった状況について、簡潔に記入してください。

3で3に該当する場合 当初の購入日時点の要介護状態区分及び再度の購入日時点の要介護状態区分、要介護状態区分が高くなったため、再度購入が必要となる理由について、簡潔に記入してください。