

購 入

福祉用具 同一品目複数購入理由書

提出日： 年 月 日

被 保 険 者 情 報	氏 名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
	被保険者番号			要介護度	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
	認定有効期間	年 月 日	～	年 月 日		
居宅支援事業所名			担当者 氏名・連絡先		連絡先：	
福祉用具販売事業者						

現在利用しているサービス

現在、貸与(または所持)している福祉用具

<input type="checkbox"/> 歩行補助つえ	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品
<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具
<input type="checkbox"/> 車椅子及び車椅子付属品	<input type="checkbox"/> 体位変換器
<input type="checkbox"/> 手すり	<input type="checkbox"/> 移動用リフト
<input type="checkbox"/> スロープ	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置
<input type="checkbox"/> 徘徊感知器	

重複して購入が必要な福祉用具

<input type="checkbox"/> 歩行補助つえ	※	※歩行補助つえと車椅子は、同時に2品目の利用者状態像が判断しづらいため、理由書の提出が必要です。
<input type="checkbox"/> 歩行器		

1つ目の用途・使用頻度

2つ目の用途・使用頻度

重複して購入が必要な理由

※提出書類は、理由書・居宅サービス計画書(又は介護予防サービス・支援計画書)です。提出された書類を基にケアプラン点検を行います。
※この理由書は、要介護認定ごとに提出してください

〈平群町記入欄〉

居宅支援事業者あて					
同一福祉用具購入が必要な状態に該当すると判断されていることを					
<input type="checkbox"/> 確認します <input type="checkbox"/> 確認できません					
対象福祉用具種目					
<input type="checkbox"/> 歩行補助つえ <input type="checkbox"/> 歩行器					
利用認定期間 年 月 日 から					
申請のあった 福祉用具 同一品目複数購入に関する理由書 を上記の通り確認しました。					
年 月 日					
平群町長 (公印省略)		課 長	主 幹	係 長	係 員
	決 裁				