

# 福祉用具購入が必要な理由書

理由書を作成した日付を記入してください。

## 福祉用具購入が必要な理由書

被保険者の氏名、被保険者番号を記入してください。

令和●年 4 月 10 日

被保険者氏名	京都 太郎
被保険者番号	10001 - 00000

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、下記の理由により購入する必要性を認めました。

必要性を判断した方の資格・職種にチェックを入れ、事業所名称、担当者名を記入してください。

(必要性を判断した者)

資格・職種	<input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 被保険者 (家族含む) ※再支給の場合のみ
事業所名称	京都介護センター
氏名	介護 次郎
被保険者の心身の状況	腰部変形性膝関節症、両変形性膝関節症、筋力低下により、入浴時の浴槽跨ぎ動作や立ち座り動作の負担が大きく、不安定で転倒の危険性がある。
特定福祉用具の種目	入浴補助用具 (浴槽内いす)
特定福祉用具が必要な理由 (介護負担の軽減や日常生活自立度向上が期待できる状況等)	浴槽台を利用する事で、負担の少ない安定した浴槽跨ぎ、立ち座り動作が可能となり、入浴時の転倒が防止できる。
※再支給の場合のみ	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他特別な事情
再支給を必要とする理由 (右記いずれかにレ点を記入し、具体的内容をカッコ内に記入)	破損以外の理由の場合(スロープ等を追加購入する場合を含みます)は、「その他特別な事情」にチェックを入れ、その理由を詳細に記入してください。

被保険者の心身の状況を詳細に記入してください。

・必要な福祉用具の種目を記入してください。  
・商品種目でなく、用途で判断してください。

購入する福祉用具を利用することで、介護負担の軽減、日常生活の自立度向上が期待できる状況を詳細に記入してください。

同一年度内(4月~3月)に既に購入したものと同一品目の福祉用具を、再度購入する場合は、この欄に理由を記入してください。