

福祉用具が必要な理由書

年 月 日

被保険番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者名 _____

住 所 _____

事業所番号										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

居宅支援事業所名 _____

包括支援センター名 _____

電 話 番 号 _____

介護支援専門員等名 _____

購入が必要な理由

購入が必要な福祉用具名

腰掛便座	①	<input type="checkbox"/>	(1) 和式便器の上に置いて腰掛式に変換するもの
	②	<input type="checkbox"/>	(2) 洋式便器の上に置いて高さを補うもの
	③	<input type="checkbox"/>	(3) 電動式又はスプリング式で便座から立ち上がる際に補助できる機能を有しているもの
	④	<input type="checkbox"/>	(4) 便座、バケツ等からなり、移動可能である便器 (居室において利用可能であるものに限る)
入浴補助用具	⑤	<input type="checkbox"/>	(1) 入浴用いす
	⑥	<input type="checkbox"/>	(2) 浴槽用手すり
	⑦	<input type="checkbox"/>	(3) 浴槽内いす(浴槽台)
	⑧	<input type="checkbox"/>	(4) 入浴台:浴槽の縁にかけて利用する台であって、浴槽への出入りのためのもの(バスボード)
	⑨	<input type="checkbox"/>	(5) 浴室内すのこ
	⑩	<input type="checkbox"/>	(6) 浴槽内すのこ
	⑪	<input type="checkbox"/>	(7) 入浴用介助ベルト
特殊尿器	⑫	<input type="checkbox"/>	(1) 特殊尿器
	⑬	<input type="checkbox"/>	(2) 自動排泄処理装置
簡易浴槽	⑭	<input type="checkbox"/>	
移動用リフトのつり具の部分	⑮	<input type="checkbox"/>	