

様式第2号

特定（介護予防）福祉用具の購入が必要な理由書

（基本情報）

被保険者番号	0 0 0 0 0	介護区分				現地確認日	年 月 日	作成日	年 月 日
氏 名		要支援	要介護			所 属 事 業 所			
		1・2	1・2・3・4・5						
生年月日	年 月 日	年齢		性別	男・女	氏 名	㊟	連絡先	
住 所						資 格	1. 介護支援専門員 2. 福祉用具専門相談員		
備 考 （「現在入院中」など）						※介護支援専門員署名欄 （資格欄で2を選択した場合）	所属事業所	：	
							現地確認者	：	

保 険 者	確認日	年 月 日	評 価 欄	
	確認者			

（介護状況）

※該当項目すべてにチェックしてください。

介護状況 (介護サービスの利用状況も含む。)	福祉用具購入費の給付実績 (有 ・ 無)	
	(種目)	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分
	住宅改修費の給付実績 (有 ・ 無 ・ 申請中)	
	(改修箇所)	<input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> ろう下 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> その他 ()
(工事種別)	<input type="checkbox"/> 手すりの取付け <input type="checkbox"/> 段差の解消 <input type="checkbox"/> 引き戸等への扉の取替え <input type="checkbox"/> 便器の取替え <input type="checkbox"/> 滑り防止等のための床材の変更	

【特定（介護予防）福祉用具が必要な理由】