

高額・高機能 福祉用具購入理由書

令和 年 月 日

申請者 事業所名：

氏名：

連絡先：

フリガナ		被保険者番号							
被保険者氏名		要介護状態区分	支援 1・2 介護 1・2・3・4・5						
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日								
生年月日	年 月 日								
住 所	〒								
対象福祉用具	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 固定用スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 ※歩行車は除く <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 歩行補助つえ ※松葉杖は除く <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部品								
購入理由	※居宅サービス計画書（介護予防サービス支援計画書）中に、当該内容が含まれている場合は、理由は計画書を添付することで代用可 現状の課題、心身の状況、介護負担の状況、福祉用具の導入によって得られる暮らし等について記載してください。								
確 認 欄								受 付	
<input type="checkbox"/> 主治医等からの意見により必要であると判断されるもの（疾病・身体機能低下） <input type="checkbox"/> 在宅介護の負担軽減（肉体的・心理的負担軽減） <input type="checkbox"/> 本人の自立生活支援に資するもの									

※高額で高機能を持つ福祉用具とは、一般的に、通常の福祉用具に対して一定以上の機能が付加されているもので、材質・仕様等が高品質なために高額となっているものを指します。