（参考様式）

特定福祉用具購入が必要な理由書

年　月　日

被保険者番号	
被保険者氏名	
住　　　所	〒

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、下記の理由によって購入する必要性を認めます。

（必要性を判断した者）

資格・職種　　介護支援専門員・その他（　　　　　　　　　　）

事業所名

氏　　名

被保険者の心身の状況	
特定福祉用具の種目	
購入する特定福祉用具の所有状況	
特定福祉用具の必要理由	**【介護の負担の軽減や日常生活自立度の向上が期待できるなど】**