福 祉 用 具 購 入 に つ い て の 特 別 理 由 書

フ リ ガ ナ		保険者番号	2 7 2 0 3 9
被保険者氏名		被保険者番号	1 0 0
生 年 月 日	明治 ・ 大正 昭和 ・ 西暦　　年　　月　　日	性　別	
住　　所	豊中市		
特別に購入を必要とする福祉用具名			
1、同一種目の福祉用具を必要とする特別理由 **(※)**	**※身体状況・住宅環境・家族状況等具体的に理由を記入のこと**		
2、そ の 他 ［　　］			

上記理由のとおり、当該福祉用具購入の必要性を認めます。

(あて先)豊中市長

年　　月　　日

介護支援専門員氏名　　㊞

所 属 事 業 所 名　　電話　　―

所　　在　　地

(※) 福祉用具の購入は、原則として、同一年度(4月～翌年3月)で1種目1回に限られています。例えば補高便座とポータブルトイレをそれぞれ購入しても、支給対象となるのは、どちらか1つだけです。
だだし、購入した用具が破損した場合や、介護の必要の程度が著しく高くなった場合、用途・機能が異なる場合は認められる場合があります。(事前に保険給付課までお問い合わせの上、担当介護支援専門員が記載の「特別理由書」を提出ください。)