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。重複して購入した場合、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。)