

福祉用具が必要となる理由書

特定福祉用具の種類	用具を必要とする理由(詳しく)
備 考	

年 月 日

上記のような理由により特定福祉用具の購入が必要となります。

被保険者番号										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(被保険者氏名)

(住 所)