

同一種目の福祉用具購入が必要な理由書

年 月 日

下野市長 様

申請者
居宅介護支援事業所名

資 格

氏 名

下記の者が、既に支給を受けた特定福祉用具について、介護保険法施行規則第70条第2項に基づき再度同一種目の福祉用具購入費の支給申請をすることについて、下記の理由による必要性があるため確認願います。

記

1. 氏 名
2. 住 所
3. 被保険者番号
4. 心身の状況

5. 再支給を必要とする理由