

介護保険福祉用具貸与に係る意見書

年 月 日

指定居宅介護支援事業者 _____

介護支援専門員 _____ ⑩

被 保 險 者	氏名	生年月日			被保険者番号						
		大昭	年	月	日生						
住 所	〒 田辺市			性別	要介護状態区分等						
				男・女	要支援	要介護	1	2	3	4	5
身体障害者手帳番号	和歌山第 号	昭・平	年	月	日交付	等級	種 級				
障 害 名											
必要な福祉用具の名称											
介護保険制度による福祉用具貸与で対応できない理由及び介護支援専門員の意見											

(注) 現症、肢体不自由の状況及び当該福祉用具の必要性、介護保険給付では対応できない理由をできる限り詳しく記入してください。