

(様式2)

令和 年 月 日

## 福祉用具貸与理由書

被保険者番号( ) 事業所名( 印 )  
利用者氏名 ( ) 介護支援専門員名 ( 印 )  
生年月日( 年 月 日) 電話番号( )

貸与の用具は何ですか	
用具が必要な理由は何ですか ( 本人の身体状況、家族の介護状況、 環境等を含んだ理由を記入してください )	
用具の使用頻度はどのくらいですか	毎日 , 回/週 , 回/月

○ 介護支援専門員の意見(効果等を含めた意見)

( )

※ 市町記入欄

受領日: 年 月 日

貸与の適否に関するコメント:

※ ケアプラン1~3票を添付してください。  
※ 厚生労働大臣が定めた者に該当しない場合は、主治医の意見等が必要となります。