

別記様式 3

同種類の福祉用具貸与理由書

居宅介護支援事業所名

介護支援専門員名

作成日

貸与を希望する福祉用具

利用(予定)期間      令和      年      月      日～      令和      年      月      日

|                      |  |       |  |    |  |
|----------------------|--|-------|--|----|--|
| 被保険者名                |  | 要介護区分 |  |    |  |
| 被保険者番号               |  | 年齢    |  | 性別 |  |
| 本人の状況                |  |       |  |    |  |
| 同種類の福祉用具<br>貸与が必要な理由 |  |       |  |    |  |

(保険者の確認日      令和      年      月      日)

健康長寿課介護担当

※利用(予定)期間は認定有効期間内となります。  
※ケアプラン1～3表を添付の上、提出してください。