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。