理 由 書

海南市長　　様

作成日：令和　　年　　月　　日

所属事業所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※資　　格　（　　）

連 絡 先　＿＿＿＿＿＿（　　）＿＿＿＿＿＿

当該被保険者に福祉用具が必要な理由は次のとおりです。

被保険者	氏名		被保険者番号
	住所	〒	要介護状態区分 要支援　1　2 要介護　1　2　3　4　5
福祉用具が必要な理由			

※　作成者が介護支援専門員でないとき