

年 月 日

福祉用具の再購入が必要な理由書

フリガナ		被保険者番号	0 0 0 0						
被保険者氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日			
住所	東久留米市								

事業所名									印
事業所所在地									
担当者名				連絡先					

再購入する福祉用具				前回購入年月日	年	月	日
-----------	--	--	--	---------	---	---	---

再購入が必要な理由	
<input type="checkbox"/> 破損のため <input type="checkbox"/> 介護の必要の程度が著しく高くなったため <input type="checkbox"/> その他	
(上記の内容を具体的に記入してください)	

注意・前回購入した福祉用具の写真を添付してください。