

令和 年 月 日

特定福祉用具再購入が必要な理由書

柏原市長 様

記入者

事業所名 _____

教示先

氏 名 _____

電話番号 _____

職 名（福祉用具専門相談員 ・ ケアマネージャー） _____

次の被保険者の特定福祉用具購入の再購入が必要な理由については下記のとおりです。

記

被保険者氏名												
被保険者番号	0	0	0	0							要介護度	
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日											
再購入する福祉用具								前回購入年月	年 月			
再購入が必要な理由												

【市記入欄】

上記の理由のとおり、特定福祉用具購入の再購入を承認してよろしいか。

令和 年 月 日				
決 裁	課長	課長補佐	係長	担当者