福祉用具　同一品目複数貸与理由書

年　　月　　日

＜申請者＞

住所

事業者名

(担当者名・連絡先)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 男・女 | 要支援・要介護度 |  |
| 認定有効期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 居宅介護支援事業所 |  | 担当者 |  |
| 連絡先 |  |
| 福祉用具貸与事業者 |  |
| 福祉用具名（種目名及び商品名） |  |
| 同一品目の複数貸与が必要な理由 |

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【町記入欄】

高根沢町健康福祉課　高齢者・介護係

|  |
| --- |
| 受付印 |
|  |

上記申請について、　　可　・　不可　　とします。

|  |  |
| --- | --- |
| 備考 |  |