

(別 紙)

作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

福祉用具貸与のサービスを必要とする理由

利用者名 _____ 様

状 態 像	福祉用具の種目	品名・型番	必要とする理由	聴取等した医師の所見

※ 軽度者に対する福祉用具の貸与の場合、個別(品名・型番別)に必要とする理由を記入してください。また、その必要性を判断することとなった医師の所見についても、同様に記入してください。