

## 福祉用具購入の必要性について

記入者	氏 名					<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（            ）
	所 属	事業所名				
		連絡先				
フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号			
要介護認定	要支援【1・2】 要介護【1・2・3・4・5】			性 別	男 ・ 女	
住 所	〒					
被保険者の 身体状況						
福祉用具購入 の 必 要 性						
購入する福祉 用具の種類						
<p>岩 沼 市 長    殿</p> <p>当該被保険者について、上記のとおり福祉用具の購入が必要であるため、別紙支給申請書を提出します。</p> <p style="text-align: center;">令和    年    月    日</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p>						

市 使 用 欄	課 長	主幹兼係長	係 員

受 付