

(本様式は参考様式です。介護支援専門員が作成した理由書(様式自由)を提出してください。)

介護保険貸与に係る理由書

① 対象者情報

フリガナ

対象者氏名：

生年月日： 年 月 日

介護保険： 有 ・ 無 (有の場合、要支援_____/要介護_____)

補装具種目：

② 障害者総合支援法での支給(修理)を希望する理由

障害名・病名：

身体状況(難病等の場合は病状)：

補装具の使用場所：

補装具の使用目的：

現在使用中の補装具交付時からの身体的変化：

現在使用中の補装具(部品)が介護保険貸与を利用できない理由(具体的に)：

姿勢や動作の特徴：

※貸与を利用できない理由について具体的に記入してください。

(例：医師の指示により既製品に〇〇加工が必要である 等)

以上の理由により、補装具費の支給を求めます。

令和 年 月 日

医療機関・事業所名：

氏 名：