**福祉用具購入　同一品目複数購入理由書**

年　　月　　日

申請者　事業所名：

　　　　担当者氏名：

　　　　連絡先：

【申請者記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| **被保険者氏名：** | **被保険者番号：** |
| **生年月日：** | **介護区分：** |
| **要介護・要支援認定の有効期間：**　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | |
| **住所：**  **電話番号：** | |
| **複数購入を希望する品目**  □腰掛便座　　□入浴補助用具（同一種目を購入する場合）  □歩行器　　　□スロープ　　　　□単点杖　　　　□多点杖　　　　□簡易浴槽  □排泄予測支援機器　□移動用リフトのつり具部分  □自動排泄処理装置の交換可能部品 | |
| **購入理由** | |

※スロープを購入の場合は、設置場所の写真を添付してください。

【市記入欄】

　　　年　　　月　　　日

男鹿市介護サービス課

上記申請について、　可　　・　　否　　とします。