

高齢者日常生活用具購入の意見書

要介護者等の 氏名		被保険者番号		
住所	電話番号			
要介護・要支援の 認定	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援 1・2			
購入用具の 種類				
購入用具を必要 とする理由				
<p>甲賀市長 あて 上記のとおり、高齢者日常生活用具の購入が必要と認めます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所名</p> <p style="text-align: center;">介護支援専門員等 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>				