

特定福祉用具再購入理由書

令和 年 月 日

保険者番号						被保険者番号									
生年月日		明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日													
現在の介護度		要支援1 ・ 要支援2 / 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5													
事業所No.						担当者						電話番号			
		種目				品目								購入(予定)日	
前回購入した福祉用具															
今回再購入する福祉用具															

福祉用具の再購入が必要な理由として該当する項目に☑を入れ、理由をご記入ください。

- ☐ 1. 被保険者の身体状況が変化した
- 以下の項目をご記入ください。
- ☐ ①前回購入時と現在の身体状況や介護状況の変化
- ☐ ②前回購入した福祉用具では対応できない理由
- ☐ ③前回購入した福祉用具と今回購入する福祉用具の違い

- ☐ 2. 前回購入した福祉用具が破損・故障したことにより安全・適切な利用ができなくなった
(※破損状態等が確認できる日付入りの写真を添付してください。)
- ☐ 部品のみ再購入
- ☐ 部品交換では対応不可
- 以下の項目をご記入ください
- ☐ ①部品交換では対応できない理由(部品のみ再購入の場合は記入不要)
- ☐ ②破損・故障の理由
- ☐ ③破損・故障によりどのような支障が出ているか

- ☐ 3. その他の理由