

特定福祉用具（同一品目）再購入理由書

フリガナ		作成日		令和 年 月 日							
被保険者氏名		被保険者番号		〇 〇 〇							
住 所		〒									
		電話番号 ()									
介護認定情報		要介護度		要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5							
		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
記 入 者											
事 業 所 名											
資 格		□ケアマネジャー □福祉用具専門相談員 □その他 ()									
前回購入した福祉用具 (種目・品目)		購入年月		年 月頃							
再購入理由 (部品交換含む)	□	①	前回購入した福祉用具が破損した。								
			□部品交換のみ → 下記へ破損箇所、交換部品を記入								
			□部品交換不可 → 下記へ破損箇所、部品交換が不可能な理由を記入								
	□	②	被保険者の身体状況が著しく変化し、使用している福祉用具が合わなくなった。 → 下記へ前回購入時と現在の身体状況との変化を具体的に記入								
□	③	その他の理由によるため。 → 下記へその他の理由を具体的に記入									
詳細記入欄											
※写真を裏面に貼付										保険者確認	

写真貼り付け