

# 特定福祉用具の再購入についての確認書

居宅介護福祉用具購入費の支給を受けるための福祉用具の再購入について確認をお願いします。

年 月 日

被保険者番号	被保険者氏名	前回購入時要介護度	現在の要介護度
購入希望商品名			前回購入日
事業所名		担当介護支援専門員名	

## 福祉用具の再購入が必要な理由

必要な理由として、下記の3つの中から当てはまる項目にチェックをいれてください

- ①以前購入した福祉用具が破損した場合（破損の状況がわかる写真を添付してください）
- 具体的にどこの箇所がどのように破損しており支障をきたしているのか記入してください
  - ※部品交換やメンテナンスは対応できないかの確認の有無も記入してください

- ②利用者の介護の必要の程度が著しく高くなった場合

- 利用者の現在の身体状況を記入してください
- ※前回購入時の身体状況と現在の身体状況で具体的にどのような変化があるのか、身体状況の変化により日常生活の動作でどのような支障をきたしており再購入した場合は、どのように改善されるのかの記入してください

- ③その他特別の事情がある場合

- 特別な事情によって日常生活でどのような支障をきたしているのか記入してください