**特定福祉用具再購入理由書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 記入日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 被保険者  氏　　　名 |  | | | | |
| 被保険者番　　　号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　　所 | 〒  電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定情報 | 要介護度 | | | 要支援　１　・　２　　　　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定期間 | | | 年　　　月　　　日　～　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入者氏名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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・商品名） | | | |  | | | 購入年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 再購入理由 | □ | ⑴　前回購入した福祉用具が破損した。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | □ | | ①　部品交換のみ | | | | | | | | | | | | | |
| □ | | ②　部品交換不可 | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ⑵　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。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ | ⑶　その他特別な事情がある | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 詳細記入欄 | （再購入理由の詳細を記入してください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （以下の点に留意して、記入してください。）  ⑴①場合・・・具体的にどこの箇所がどのように破損し支障をきたしているのか。  ⑴②の場合・・・具体的にどこの箇所がどのように破損し支障をきたしているのか、部品交換が不可能な理由（部品交換やメンテナンスでの対応ができないことをメーカー等に確認した内容。）  ⑵の場合・・・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か、また、それにより日常生活の動作がどのような支障があり、再購入した場合にどのように改善されるか。  ⑶の場合・・・特別な事情によって日常生活で、どのような支障があるのか。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※再購入理由①②の場合、破損箇所が分かる写真（日付入り）を添付してください。