**特定福祉用具の再購入についての確認書**

介護保険福祉用具購入費の支給を受けるために、福祉用具の再購入について確認お願いします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |  |
| 福祉用具販売事業所名 | | 事業所担当者名・ＴＥＬ | |
|  | |  | |
| **〇再購入が必要な理由として、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。）  □　②利用者の介護の必要の程度が著しく高くなった場合（支援２・介護１⇒介護４　等の３段階Up）  □　③その他特別の事情がある場合（例：災害による紛失等） | | | |

**〇下記の３項目の中から当てはまるものについて記入してください。**

・上記①に該当する場合、具体的にどこの箇所がどのように破損していて、支障をきたしているのか。

※部品交換やメンテナンスでは対応できないかの確認の有無も記入してください。

・上記②に該当する場合、身体状況等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、再購入した場合それがどのように改善されるのか。

・上記③に該当する場合、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。

|  |
| --- |
|  |

令和　　　　年　　　　月　　　　日