

介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具再購入確認依頼書

令和 年 月 日

(宛先) 佐倉市長

以下のとおり特定福祉用具の再購入が必要と判断しましたので、確認を依頼します。

フリガナ				被保険者番号			
被保険者氏名				0	0	0	0
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女	
住 所	〒285-			電話番号 ()			
現在の 要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		前回購入時の 要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
再購入する福祉用具名 (種目名及び商品名)				前回購入 年月日			
福祉用具の再購入が必 要な理由 (下欄に詳細記載)	<input type="checkbox"/> i) 購入した福祉用具が破損した <input type="checkbox"/> ii) 利用者の介護の必要の程度が著しく高くなった <input type="checkbox"/> iii) その他特別の事情						
(再購入が必要な理由)							

- i) 具体的にどこの箇所がどのように破損し支障となっているのか、部品交換での対応ができないのかを確認し記載。
- ii) 身体状況がどのように変化し、日常生活の動作でどのような支障となっているのか。再購入によってどのように改善されるのか記載。
- iii) 特別の事情を記載。

【添付書類】①パンフレット等の福祉用具の概要を記載した書類

②前回購入した福祉用具の写真（撮影日の入っているもの）

③居宅サービス計画（1）（2）（要支援の場合、支援計画書）の写し

※居宅サービス計画を作成していない場合は、特定福祉用具販売計画の写しを添付