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

　　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  被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | |
|  | | 0 | 0 | 0 | 0 | |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 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） | | □ⅰ）購入した福祉用具が破損した  □ⅱ）利用者の介護の必要の程度が著しく高くなった  □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