

# 介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具再購入・複数個支給確認依頼書

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・複数個支給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ー<br>電話番号 ( )                                                                                                                                                        |   |        |   |                             |       |                          |  |  |  |  |
| 現在の<br>要介護度                         | 要支援 1・2<br>要介護 1・2・3・4・5                                                                                                                                                 |   |        |   | 前回購入時の<br>要介護度<br>*再購入の場合のみ |       | 要支援 1・2<br>要介護 1・2・3・4・5 |  |  |  |  |
| 再購入又は複数個支給<br>する福祉用具名<br>(種目名及び商品名) |                                                                                                                                                                          |   |        |   | 前回購入年月日<br>*再購入の場合のみ        |       |                          |  |  |  |  |
| 再購入又は複数個支給<br>が必要な理由<br>(下欄に詳細記載)   | <input type="checkbox"/> i) 購入した福祉用具が破損した（再購入の場合）<br><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（再購入の場合）<br><input type="checkbox"/> iii) その他特別の事情（再購入又は複数個支給の場合） |   |        |   |                             |       |                          |  |  |  |  |
| (再購入又は複数個支給が必要な理由)                  |                                                                                                                                                                          |   |        |   |                             |       |                          |  |  |  |  |

- i) 具体的にどこ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。身体状況や生活環境等から複数個支給が必要な理由。

【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）

③前回購入した福祉用具の写真（撮影日の入っているもの）\*再購入の場合のみ