

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) 千葉県佐倉市長

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 被保険者氏名	被保険者番号							
	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 *再購入の場合のみ	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
再購入又は複数個支給 する福祉用具名 (種目名及び商品名)		前回購入年月日 *再購入の場合のみ						
再購入又は複数個支給 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（再購入の場合） <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） <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。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