

福祉用具再購入理由書

[理由書記入日 年 月 日]

被 保 険 者 情 報	被保険者氏名		被保険者番号									
			要介護度									
	住 所		支援 １・２ / 介護 １・２・３・４・５									
	渋谷区		担当ケアマネによる確認 ☐ 有 ☐ 無 居宅介護支援事業所									
再 購 入 す る 福 祉 用 具	種 目		商 品 名									
	購入予定日	年 月 日	購 入 金 額									
販 売 事 業 者	所在地		電話番号									
	名 称											
	担当 ()	事業所番号										
過 去 に 購 入 し た 福 祉 用 具	購 入 日	年 月 日	商 品 名									
	使 用 状 況	☐ 使用中 ☐ 使用不可(破損・不適合等) ☐ 廃棄済み ☐ その他										
再 購 入 が 必 要 な 理 由	☐ 身体状況に変化 ☐ 破損及び機能低下 ☐ 生活環境の変化 ☐ 衛生維持が困難 (感性症・排泄等)											
	チェックした項目についての具体的な理由を記入 ※身体状況・生活状況・既存用具との関係がわかるよう記入してください。											
添 付 資 料	☐ 破損・劣化状況の写真 ☐ 現在の使用状況の写真 ☐ その他()											

提出者

氏 名(名称)	☐ 上記販売事業者と同じ ☐ 担当ケアマネジャー
住 所	☐ 上記販売事業者と同じ ☐ 居宅介護支援事業所

受付印

【保険者使用欄】

受付	確認

☐窓口 ☐〒・交換