

特定福祉用具の再購入についての確認書

****年 **月 **日

被保険者番号	被保険者氏名	前回購入時要介護度	現在の要介護度
*****	用具 太郎	介護2	介護5
前回購入品目	購入希望商品名		
シャワーチェア	●●シャワーキャリー		

再購入等が必要な理由として、下記の中から当てはまる項目に□を入れ、理由等を記載してください。

- ※ 必ず購入前に提出してください。
- ※ 現在使用中の福祉用具（前回購入品）の日付入りの写真を添付してください。
- ※ 既に自己判断で破棄しており、前回購入した福祉用具が確認できない場合、原則保険給付対象外です。

1. 身体状況や介護状況の悪化により、前回購入した福祉用具が適切に利用できなくなったため。

- ①前回購入時と現在の身体状況・介護状況の変化
- ②前回購入した福祉用具が適切に利用できない理由
- ③再購入を検討している特定福祉用具と、前回購入品との機能の違い

- ①難病のALSに罹患。前回購入時はなんとか立位・手引きにて歩行が可能だった。現在歩行は不可。ただ毎日シャワーを浴びたいと希望あり。
- ②浴室までは車いすで行けても、車いすからシャワーチェアに移乗することができない。
- ③寝室にてシャワーキャリーに移乗し、そのまま浴室まで行きシャワー浴ができる。

2. 前回購入した福祉用具の破損・故障により、安全・適切に利用できなくなったため。

- 修理・部品交換等で対応可能（③の記載は不要）
- 修理・部品交換等での対応が不可能であるため、再購入が必要

- ①破損・故障等の理由
- ②破損・故障等したことにより、利用時にどのような支障が出ているか
- ③修理・部品交換等での対応が不可能な具体的な理由
- ④メーカー確認日、メーカー名、メーカー担当者

3. 上記1,2以外の理由により、適切に利用ができないため。

- ①適切に利用できない具体的な理由

作成者（担当介護支援専門員及び福祉用具専門相談員の連名）

介護支援専門員	事業所名	居宅介護支援事業所○○	
	氏名	○○ ○○	連絡先 ***-***-***
福祉用具専門相談員	事業所名	○○福祉用具事業所	
	氏名	○○ ○○	連絡先 ***-***-***

町田市確認欄	確認日		担当者	
--------	-----	--	-----	--