

# 特定福祉用具の再購入についての確認書

居宅介護福祉用具購入費の支給を受けるために福祉用具の再購入について確認をお願いします。

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
購入希望商品名		事業所名	担当者名・TEL

## 福祉用具の再購入が必要な理由

**必要な理由として、下記の3つの中から当てはまる項目にチェックをいれてください**

- ①以前購入した福祉用具が破損した場合（破損の状況がわかる写真を添付してください。）
- ②利用者の介護の必要の程度が著しく高くなった場合
- ③その他特別の事情がある場合

**利用者の現在の身体状況を記入してください**

※上記②に該当する場合は、前回購入時の身体状況と現在の身体状況で具体的にどのような変化があるのか記入してください。

**下記の項目の中から当てはまるものについて記入してください。**

- 上記①に該当する場合は、具体的にどこの箇所がどのように破損しており支障をきたしているのか※部品交換やメンテナンスでは対応できないかの確認の有無も記入してください。
- 上記②に該当する場合は、身体状況の変化により日常生活の動作でどのような支障をきたしており、再購入した場合それがどのように改善されるのか。
- 上記③に該当する場合は、特別な事情によって日常生活でどのような支障をきたしているのか。

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