

# 介護保険特定福祉用具購入費 2 回目給付理由書

介護保険〔居宅介護・介護予防〕福祉用具購入の 2 回目の給付を希望します。

\_\_\_\_\_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

購入希望種別	腰掛便座・自動排せつ処理装置の交換可能部品・入浴補助用具・簡易浴槽・歩行補助用具・移動用リフトのつり具の部分
購入希望商品名	

再購入が必要な理由として、あてはまる項目にチェック

- 以前購入した福祉用具が破損した 別途添付写真  有  無  
写真が添付できない理由 ( )
- 利用者に対する介護の必要性が著しく上がり、現在の状態に合わなくなった ( )
- その他特別な事情がある ( )

利用者の現在の身体状況や再購入が必要な理由について詳細を記入する

上記 に該当する場合、具体的にどの箇所がどのように破損し支障をきたしているのか。

部品交換やメンテナンスでの対応ができないかなどを確認の上ご記入ください。

上記 に該当する場合、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かご記入ください。

上記 に該当する場合、身体状況の変化より、日常生活の動作がどのような支障があり、再購入した場合にどのように改善されるか。

上記 に該当する場合、特別な事情によって日常生活で、どのような支障があるのか。

--

事業所名	担当者名	電話番号