

# 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
前回購入品目	購入希望商品名		

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

☐ 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・部品交換等に対応可能（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）

介護支援専門員	事業所名	
	氏名	連絡先
福祉用具 専門相談員	事業所名	
	氏名	連絡先