

同一種目特定福祉用具購入理由書

フリガナ			保険者番号			2	9	2	1	1	0
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	年 月 日		要介護度								
住 所	〒 葛城市		電話番号								
同一種目の福祉用具(既に購入した福祉用具の再購入の場合のみ記入)											
福祉用具の種目	製品名		購入金額								
☐ 腰掛便座 ☐ 入浴補助用具 ☐ 簡易浴槽 ☐ 吊り具 ☐ 排泄予測支援機器 ☐ 自動排泄処理装置の交換部品 ☐ 歩行補助つえ ☐ 歩行器 ☐ スロープ			円								
	製造事業者		購入日 令和 年 月 日								
	販売事業者		購入時点での要介護度								
同一種目の福祉用具を購入する理由											
該当理由 ☐ 再購入(破損・経年劣化) ☐ 再購入(利用者の身体状況の変化) ☐ 再購入(その他) ☐ 複数個購入											
理由を詳細に記入してください。											

添付書類

☐ 上記、再購入(破損・経年劣化)に該当する場合は、次の書類を添付してください。 ☐ 現状の福祉用具(破損・経年劣化)の状態がわかる写真
☐ 上記の複数個購入(スロープのみ)に該当する場合は、以下の書類を添付してください。 ☐ 各設置箇所が生活動線上にあることがわかる住宅内の図面(申請書裏面)

作成日 年 月 日

作成者

氏 名

連絡先

() —

作成者の資格 ☐ 介護支援専門員 ☐ 福祉用具専門相談員 ☐ その他()

※ 原則として、同じ種目の福祉用具を2つ以上購入することは認められていません。

既に購入して介護保険の福祉用具購入費を支給されたものと同一種目の福祉用具を購入する場合、または、同一種目の福祉用具を同時に複数個購入する場合については本理由書を事前に提出してください。