

特定福祉用具同一品目購入理由書

袖ヶ浦市長 様

令和 年 月 日

1 購入する被保険者

被保険者番号		被保険者氏名	
--------	--	--------	--

2 理由書作成者

事業所名		電話番号	
作成者氏名			
		介護支援専門員	福祉用具専門 相談員
※該当する職種に○を付けてください。			

3 同一種目の福祉用具

用具の種類 <input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 固定スロープ <input type="checkbox"/> その他 ()				
製品名	製造事業所	購入(予定)日		
購入(予定)金額	販売事業者	購入時点 での要介 護度	要支援	要介護
			1・2	1・2・3・4・5

4 同一種目の福祉用具を購入する理由

<p>・ 該当理由にチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>再購入 (① <input type="checkbox"/>破損 ・ ② <input type="checkbox"/>利用者の身体状況の変化 ・ ③ <input type="checkbox"/>その他)</p> <p><input type="checkbox"/>複数個購入</p>
<p>・ 理由を詳細に記入してください。</p>

■ 添付文書

・ 上記の再購入（破損）に該当する場合は、以下の書類を添付してください。

現状の福祉用具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。

各設置場所に段差があることがわかる写真（メジャーをあてた上で撮影してください。）

各設置場所が生活動線上にあることがわかる住宅内の図面

※ 場合により、補足資料の追加提出を求められることもありますのでご了承ください。