特定福祉用具同一品目購入理由書

　　袖ケ浦市長　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** | **※該当する職種に〇を付けてください。** |

**３　同一種目の福祉用具**

|  |
| --- |
| 用具の種類□腰掛便座　□入浴補助用具　□固定スロープ□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**

|  |
| --- |
| ・該当理由にチェックしてください。□再購入（　①　□破損 　・　②　□利用者の身体状況の変化 　・　③　□その他 　）□複数個購入 |
| ・理由を詳細に記入してください。 |

■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ることもありますのでご了承ください。