

特定福祉用具の同一品目の再購入に係る理由書

| | | |
|--|-------|-----------------------------------|
| 前回購入した福祉用具品目・商品名・購入事業者・購入日 ※分かる範囲で | 品 目 | |
| | 商 品 名 | |
| | 販売事業者 | |
| | 購 入 日 | 年 月 日 |
| 今回再購入する福祉用具品目・商品名・販売事業者・購入日 | 品 目 | |
| | 商 品 名 | |
| | 販売事業者 | |
| | 購 入 日 | 年 月 日 |
| 再購入が必要な理由を次の3つから選択してください (いずれかに○) | 選 択 肢 | 内 容 |
| | 条件① | 前回の購入日時点と比較して、被保険者本人の身体機能が著しく変化した |
| | 条件② | 以前購入した福祉用具が破損した |
| | 条件③ | その他、特別な事情がある |
| (条件①)前回購入日時点と現在の身体状況で具体的にどのように変化したかを記入してください。 | | |
| (条件②)福祉用具が破損したことにより利用時にどのような支障が出ているかを記入してください。(部品交換できない理由も記入してください。) | | |
| (条件③)その他、特別な事情について、具体的に記入してください。 | | |