介護保険特定福祉用具の再購入について福祉用具購入費の支給を受けるための確認

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ  |   | 被保険者番号  |
| 被保険者氏名  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 現在の要介護度  | 要支援１・２要介護１・２・３・４・５  | 前回購入時の要介護度  | 要支援１・２要介護１・２・３・４・５  |
| 前回購入年月日  |   |
| 居宅介護支援事業所名  |   |
| 介護支援専門員  |   |
| 再購入予定の福祉用具  該当する種目に☑ ( )内の品目に○  | □腰掛便座 （和式変換便座・補高便座・立ち上がり補助便座・移動可能便器） □自動排泄処理装置の交換可能部品 □排泄予測支援機器□入浴補助用具 （入浴用いす・浴槽用手すり・浴槽内いす・入浴台・浴室内すのこ・浴槽内すのこ・入浴用介助ベルト） □簡易浴槽 □移動用リフトのつり具部分 □スロープ□歩行器□歩行補助つえ |
| 福祉用具の再購入が必要な理由 （下欄に詳細記載）  | □①購入した福祉用具が破損した □②利用者の介護の必要の程度が著しく高くなった □③その他特別の事情  |
|  1. 具体的にどこの箇所がどのように破損して支障となっているのか、部品交換やメンテ

ナンスでの対応ができないのかを確認し記載。破損した福祉用具の写真を添付。 1. 身体状況がどのように変化したのか、その変化が日常生活の動作でどのような支障と

なり、再購入によってどのように改善されるのか。 1. 特別な事情を記載。
 |
| 伊予市確認  | 確認日  | 課長  | 課長補佐  | 係長  | 担当  |
| 支給可・支給不可  |   |   |   |   |   |