

# 福祉用具再購入理由書

フリガナ ( ) 男・女 被保険者名	被保険者番号	TEL
-----------------------	--------	-----

居宅介護（介護予防）・小規模多機能型居宅介護支援事業者名

介護支援専門員氏名（理由書記入者）

TEL —

	種目名	商品名	製造業者名	購入日
前回購入福祉用具				年 月 日

福祉用具を再購入する必要状況に✓をして、理由欄を記入してください。併せて、必要状況により書類等を添付してください。

- 1. 福祉用具が破損・故障したが、部品交換により使用継続が可能  
 (1)理由欄に記載する必須内容 部品交換が必要な理由  
 (2)添付書類等 ①用具全体の写真(撮影日付入り) ②交換する部分の写真(撮影日付入り)
- 2. 福祉用具が破損・故障したが、部品交換が不可能なため、再購入が必要  
 (1)理由欄に記載する必須内容 部品交換が不可能であることを問い合わせた内容  
 例：〇年〇月〇日 〇のため(不可能な理由)、部品交換が不可能であることを、〇〇（購入業者名）〇〇様を通じて、〇〇（メーカー名）〇〇様に確認済  
 (2)添付書類等 ①用具全体の写真(撮影日付入り) ②破損した部分の写真(撮影日付入り)
- 3. 身体の状況や介護状況の変化のため、再購入が必要  
 (1)理由欄に記載する必須内容 どのような身体の状況や介護状況の変化により購入済の福祉用具が適さなくなったのか具体的な理由
- 4. 転居等の居住環境の変化のため、大きさの異なった用具の再購入が必要  
 (1)理由欄に記載する必須内容 どのような居住環境の変化により購入済の福祉用具が適さなくなったのか具体的な理由  
 (2)添付書類等 ①購入済の福祉用具のサイズ、使用場所の広さがわかる図面・写真(撮影日付入り)等  
 ②再購入の福祉用具のサイズ、配置、使用場所の広さがわかる図面・写真(撮影日付入り)等
- 5. 購入済の福祉用具を処分済だが、再購入が必要（処分から再購入まで期間があるもの）  
 (1)理由欄に記載する必須内容 ①処分時期。処分時部品交換等について問い合わせをしたか（している場合は内容を「2」の要領で記入すること）。処分時に福祉用具の再購入が必要でなかった理由。  
 ②どのような身体の状況や介護状況の変化により再購入の必要となったのか具体的な理由

再購入理由欄