

福祉用具購入理由書

新規購入 ・ 再購入  
 どちらかに○印をつけてください

|     |      |  |  |
|-----|------|--|--|
| 記入者 | 事業所名 |  |  |
|     | 氏名   |  |  |
|     | 職名   |  |  |

|      |      |  |         |  |
|------|------|--|---------|--|
| 被保険者 | 氏名   |  | 被保険者番号  |  |
|      | 住所   |  |         |  |
|      | 介護度  |  | 担当CM事業所 |  |
|      | 担当CM |  | 担当CM連絡先 |  |

|             |  |
|-------------|--|
| 購入を希望する福祉用具 |  |
|-------------|--|

|        |            |  |
|--------|------------|--|
| 再購入の場合 | 前回の購入年月日   |  |
|        | 前回購入時の要介護度 |  |

|   |  |
|---|--|
| <p><b>【福祉用具の購入が必要な理由】</b><br/>                 破損により利用ができない場合は、どの部分が破損し利用できないか具体的に記載、部品交換も検討し、その結果を記載してください。部品交換で対応できない場合は再購入の必要性を記載してください。<br/>                 要介護者等の介護の必要の程度が著しく高くなった場合は、身体状況の変化を前回購入時点と現在を比較して再購入の必要性を具体的に記載してください。</p> |  |
| 対象の福祉用具が必要な<br>身体状況・疾病  |  |
| 対象の福祉用具を購入することにより改善できること  |  |
| 再購入が必要な理由<br>破損状況、身体状況の変化等  |  |

※破損の場合には、どの部分が破損しているのかわかる写真も添付してください。

※再購入の場合は必ず福祉用具購入前に理由書を提出して下さい。