**福祉用具の再購入が必要な理由書**

年　　　　月　　　　日

（宛先）東大阪市

　福祉用具の再購入が必要な理由は以下のとおりです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |
| 前回購入商品 |  | 前回購入日 |  |
| 購入予定商品 | （種目）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（TAISコード）  （商品名） | | |
| 購入理由区分  （該当するものに☑） | □①破損等したが部品交換ができない　※破損状況が分かる写真（日付入り）を添付  □②身体状況の変化　　　　　　　　　　　　□③居住環境の変化 | | |
| 現在の  身体状況等 | ※理由②③の場合は前回購入時の状況と現在の状況とで、具体的にどのような変化があるのか、合わせて記載する。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　要介護度（　　　　　　　） | | |
| 再購入が  必要な理由 | ※理由①の場合は、当該福祉用具の破損の状況や理由及び部品交換や修理等ができないことを確認した経緯（いつ、誰に、確認内容）を合わせて記載する。 | | |

作成者（担当介護支援専門員等及び福祉用具専門相談員の連名）　　　　　　　　作成日　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 介護支援  専門員等 | 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所番号：　　　　　　　　　　　） |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福祉用具  専門相談員 | 事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（事業所番号：　　　　　　　　　　　） |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先：　　　　　　　　　　　　　　） |

（注意）購入前に提出してください。また、提出した理由書等は返却しません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市処理欄 | | 起案日　　　年 月　　日 | | | | | 決裁日　　　年 月　　日 | | （受　付　印） |
| 決裁 | 課長 | | 総括主幹 | 主査 | 主任 | 担当 | | 備考 |
|  | |  |  |  |  | |