

**介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具
同一種目再購入等に関する事前協議書**

フリガナ			被保険者番号																	
被保険者氏名			被保険者番号																	
生年月日	明・大・昭	年	月	日	介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5						
提出(代行)者	〒		住所																	
			氏名																	
前回購入品目 購入年月日	品目				購入年月															
					年		月		購入											

再購入等が必要な理由として、下記の3つの中から当てはまる項目に☑を入れ、理由等を記載してください。

1. 心身の状態変化により既存の特定福祉用具が適切に利用できなくなった

● 以下の①～③の内容を具体的に記載し、現在利用している特定福祉用具の写真を添付してください。

- ① 前回購入時と現在の心身状態の変化 ② 適切に利用できない理由
③ 再購入を検討している特定福祉用具と前回購入品との機能の違い

2. 特定福祉用具の破損・故障等により安全・適切に利用することができなくなった(I・IIを記入)

● I. 以下の①・②の内容を具体的に記載し、破損箇所等の確認できる写真を添付してください。

- ①破損・故障等の原因 ②破損・故障等したことにより利用時にどのような支障が出ているか

● II. 修理・部品交換等の可否

- 修理等可能(見積書及び部品代を確認できるカタログを添付してください) ※部品代のみ支給
 修理等不可(下欄に修理等ができない具体的な理由を記載してください)

3. 上記1,2以外の理由により適切に利用できない

● 適切に利用できない具体的な理由を記載し、現在利用している特定福祉用具の写真を添付してください。

※ 修理等の見積作成が有償の場合、当該費用については全額自己負担となります。(保険給付対象外)

※ 既に自己判断で破棄しており、破損・故障等の箇所が確認できない場合には、原則として保険給付は不可となります。

区処理欄	受付		可否	<input type="checkbox"/> 給付不可 <input type="checkbox"/> 修理給付(部品代のみ) <input type="checkbox"/> 再購入に対し給付	
------	----	--	----	--	--