

事業所名			
所在地	〒 一 電話番号() 一		
管理者名		担当者名	

令和 年 月 日

特定(介護予防)福祉用具の再購入が必要な理由書

真庭市長様

下記のとおり、同一年度において特定(介護予防)福祉用具の再購入を必要とします。

被保険者氏名		被保険者番号												
住所														
要介護状態区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日											
再購入する福祉用具	種目名: 福祉用具名:	前回購入年月日	令和 年 月 日											
再購入を必要とする理由	<input type="checkbox"/> 破損のため <input type="checkbox"/> 介護の必要の程度が著しく高くなったため <input type="checkbox"/> その他 <small>(上記の内容を具体的に記入してください)</small>													

注意

この理由書は、同一年度中に用途及び機能を同じくする福祉用具の再購入を必要とするときに、居宅介護(介護予防)福祉用具支給申請書とあわせて提出してください。