(別紙２)

年　　　月　　　日

特定福祉用具の同一種目再購入に係る事前協議書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 被保険者番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | | |
| 生年月日 | Ｓ・Ｈ　　　年　　月　　日 | | | 住所 |  | | | | | | | | | | |
| 現在の要介護度 | 要支援1・要支援２ ／ 要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 |  | | | ケアマネ氏名 | (TEL:　　-　　-　　) | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具販売事業所 |  | | | 販売員氏名 | (TEL:　　-　　-　　) | | | | | | | | | | |
| 前回購入した福祉用具種目・商品名・購入事業者・購入日 | 種目 | |  | 今回再購入する福祉用具種目・商品名・販売事業者・購入日 | 種目 | | | |  | | | | | | |
| 商品名 | |  | 商品名 | | | |  | | | | | | |
| 販売事業者 | |  | 販売事業者 | | | |  | | | | | | |
| 購入日 | | 年　　月　　日 | 購入日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 再購入が必要な理由を次の３つから選択してください(いずれかに○)。 | 選択肢 | | 内　容 | | | | | | | | | | | | |
| 条件① |  | 前回の購入日時点と比較して、被保険者本人の身体機能が著しく変化した場合 | | | | | | | | | | | | |
| 条件② |  | 以前購入した福祉用具が破損した場合(経年劣化等) | | | | | | | | | | | | |
| 条件③ |  | その他、特別な事情がある場合 | | | | | | | | | | | | |
| (条件①)前回購入日時点と現在の身体状況で具体的にどのように変化したかを記入してください(部品交換できない理由も記入してください。)。 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| (条件②)福祉用具が破損したことにより利用時にどのような支障が出ているかを記入してください。 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| (条件③)その他、特別な事情について、具体的に記入してください。 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 再購入したことで、どのように改善されるが記入してください。 | | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 町処理区分 | 受付 |  | 再購入の可否 | □給付不可  □部品代のみ支給可  □再購入可 |