|  |
| --- |
| 特定福祉用具の再購入についての確認書 |
| 被保険者番号 |  | 事業所名 |  |
| 被保険者氏名 |  | 担当者名・TEL |  |
| 前回購入時介護度 |  | 購入希望商品名 |  |
| 現在の介護度 |  |

利用者の現在の身体状況を記入して下さい。

下記の項目の中から当てはまるものについて記入して下さい。

1. 身体状況の変化により日常生活の動作でどのような支障をきたしており、再購入した場合それがどのように改善されるのか。
2. 特別な事情により、日常生活の動作でどのような支障をきたしているのか。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 大網白里市確認欄 | 確認日 |  | 担当者 |  |