※同一種目の特定（介護予防）福祉用具については福祉用具購入費の支給はできません。
やむを得ない特別の事情がある場合、あらかじめ浦添市に本理由書を提出し、相談してください。
また、部品交換の対応が必要な場合についても、あらかじめ本理由書を提出し、相談してください。

****

同一種目特定（介護予防）福祉用具購入・部品交換理由書

提出日：令和　　年　　月　　日

被保険者 番 号	
被保険者 氏 名	

理由書作成者	氏 名 連絡先（　　）
	作成者の資格として該当するものにチェック ☐ 介護支援専門員　☐ 福祉用具専門相談員 ☐ その他（　　）

■購入履歴

購入年月日	**平成 ・ 令和　　年　　月　　日**
購入品目	
販売事業者	
購入時点での要介護度	

■同一種目の福祉用具を購入、又は部品交換をする理由

・該当理由にチェックしてください。
- ☐ 再購入（ 破損 ）
- ☐ 再購入（ 利用者の身体状況の変化 ）
- ☐ 再購入（ その他 ）
- ☐ 部品交換

・理由の詳細を記入してください。

■添付書類

・上記の再購入（破損）・部品交換に該当する場合は、以下の書類を添付してください。
- ☐ 現状の福祉用具の状態がわかる写真

****

■市町村記入欄

上記理由を確認し、同一種目特定福祉用具の購入、又は部品交換を（ 認める ・ 認めない ）

課長	係長	係	係