介護保険特定福祉用具の再購入申立書

１　対象者

（被保険者番号：　　　　　　　　　　　）

住所：射水市

２　既購入済福祉用具（購入日：令和　　年　　月　　日）

３　再購入福祉用具

４　再購入が必要となる理由

５　破損個所（写真添付が必要。写真がない場合は、添付不能理由も記入）

（修理・部品交換の対応ができない理由）

　上記のことについて、相違ありません

　　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　申立者（特定福祉用具販売事業者）

　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　担当者　　　　　　　　　　　　　　　印