



介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任用）

フリガナ						町田市保険者番号					1	3	2	0	9	2	
被保険者氏名						被保険者番号					0	0	0				
生年月日	年 月 日					利用者負担割合					割						
購入時点の要介護度 認定有効期間		要支援（ ）		要介護（ ）		年 月 日 ~					年 月 日						
住 所	〒																
電話番号（ ）																	
購 入 日	項番	福祉用具商品名				福祉用具種目 製造事業者名				購入金額(円)							
年 月 日	1									円							
	2									円							
	3									円							
	4									円							
	5									円							
	6									円							
	7~15	内訳表合計（別紙「内訳表」の合計額を記入）※7点以上購入の場合のみ															円
福祉用具が必要な理由										合計金額					円		
「福祉用具が必要な理由（別紙）」のとおり										(1~15)					円		
高齢者支援センター名 居宅介護支援事業所名						一部負担金					円						
担当ケアマネジャー						給付金額					円						
電話番号																	
<p>町田市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 また、上記申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>【申請者】 氏名 印 (自署または記名押印) (申請者は被保険者名をご記入ください)</p> <hr/> <p>【受任者】 住 所 販売事業所名 代表者名 電話番号 ( ) 事業所番号</p>																	