



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（ ）		年 月 日		～		年 月 日			
住 所	〒		電話番号（ ）							
購 入 日	福祉用具商品名		福祉用具種目 製造事業者名		購 入 金 額					
年 月 日					円					
					円					
					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										
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</p> <p>(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</p> <p>販売事業所名</p> <p>代表者名</p> <p>電話番号 ()</p> <p>事業所番号</p>										

注意

※この申請書に、下記の書類を添付してください。

- 1 申請者の請求書（町田市長あてのもの）
- 2 一部負担の領収書（写しでも可）
- 3 購入した福祉用具がわかるパンフレット等
(すのこ購入の場合は図面等、固定用スロープの場合は設置場所の写真添付)
- 4 福祉用具が必要な理由書
- 5 医師の所見等と確認調書（排泄予測支援機器の場合）

※ 必ず特定（介護予防）福祉用具販売の事業所番号をご記入ください。

※利用者負担割合は、必ず負担割合証を確認のうえ、利用者負担額領収日時点のものをご記入ください。