



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										
町田市長 様 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。 年 月 日 【申請者】 氏名 印 （申請者は被保険者名をご記入ください） _____ 【受任者】 住 所 販売事業所名 代表者名 電話番号（ ） 事業所番号										

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。