



介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

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		～	
	要介護（ ）		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					
販売事業所名			販売事業所番号							
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。 年 月 日 申請者名										
委任欄 以下の者に給付金の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。 ※被保険者と給付金の受取人が異なる場合はこの欄に記入・委任者（申請者）の印をお願いします。 年 月 日 <受任者> 住所 氏名 申請者との関係（ ） 委任者（申請者） 印										

注意

- ※この申請書に、下記の書類を添付して下さい。
- 1 請求書（申請者から町田市長あてのもの）
- 2 領収書（原本。写しは不可）
- 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 債権者登録依頼書
- 5 福祉用具が必要な理由書（別紙）
- 6 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下さい。
- ※利用者負担割合は、必ず負担割合証を確認のうえ、領収日時点のものをご記入ください。