

必ず負担割合証を確認して、  
購入日時点の負担割合を  
記入してください。

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受任者記入用）

フリガナ	年は西暦で記入してください。		町田市保険者番号	2	0	9	2
被保険者氏名	介護 太郎		被保険者番号	0	0	0	×
生年月日	1935年 1月 1日		利用者負担割合	1割			
購入時点の要介護度 認定有効期間	要支援（ ）	2022年 7月 1日 ~ 2024年 6月 30日		要介護（ 1 ）			
住 所	〒0000-0000 町田市△△町〇〇番地			電話番号 〇〇〇（〇〇〇）〇〇〇〇			
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				
2023年 8月20日	シャワーベンチ背なし	入浴補助用具	20,000円				
		(株)介護会社					
購入日は領収書の領収日を記入してください。購入日が同じであれば、1枚の申請書にまとめて記入していただけます。		商品名はカタログの名称すべて記入してください。型番や商品の色については記入不要。					
福祉用具が必要な理由			合計金額	20,000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	町田市役所介護サ...		一部負担金	2,000円			
担当ケアマネジャー	〇〇 〇〇		給付金額	18,000円			
電話番号	〇〇						
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。			福祉用具が必要な理由は別紙（所定の様式）にご記入ください。				
2023年 9月 1日			こすると消えるペン・鉛筆は使用できません。				
【申請者】	氏名	介護 太郎					
(申請者は被保険者名をご記入ください)							
【受任者】	住 所	町田市〇〇町〇〇〇〇番地					
	販売事業所名	(株)福祉商会					
	代表者名	福祉 二郎					
	電話番号	〇〇〇（△△△）△△△					
	事業所番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
事業所番号をご記入ください。							

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  
(この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。