

こすると消えるペン・鉛筆は使用できません。

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（ ） 要介護（ 1 ）		〇〇〇〇年 ××月 △△日					
住 所	〒〇〇〇—〇〇〇〇 町田市 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					
〇〇〇〇年 ××月 △△日	シャワーベンチ背なし	入浴補助用具 (株)介護会社	20,000円					
	スロープ 80cmタイプ	固定用スロープ (株)福祉会社	3,000円					
	スロープ 80cmタイプ	固定用スロープ (株)福祉会社	3,000円					
	福祉用具が必要な理由		合計金額	26,000円				
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	2,600円				
担当ケアマネジャー	〇〇 〇〇		給付金額	23,400円				
電話番号	〇〇		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。					
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。 〇〇〇〇年 ××月 △△日 【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								

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。同一商品の複数購入の
場合、商品ごとに分け
て記載してください。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。「請求書」の印鑑と同じもの
を使用してください。
(シャチハタ不可)

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
(す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。