

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請について

○限度額は年度あたり10万円です

○都道府県知事の指定を受けた事業者から購入する必要があります

《償還払い》

①購入時には購入費の全額（10割）を支払う

②支給申請をし、保険給付分（9割、8割または7割）の給付を受ける

～必要な書類～

- ・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）
- ・請求書（町田市長あてのもの）
- ・福祉用具が必要な理由（別紙）
- ・領収書（原本 写しは不可）
- ・パンフレット（商品名、商品コード、定価、製造事業者等が明記されているもの）
オーダー品の場合は見積り書と商品の図面を添付してください
すのこの場合は設置箇所の図面も添付してください
固定用スロープの場合は設置場所の写真も添付してください
- ・債権者（振込口座）登録依頼書
- ・医師の所見等と確認調書（排泄予測支援機器の場合）

----- キリトリ -----

記入例（償還払い）

請 求 書

年月日は
記入しないでください。

金額	¥	1	8	0	0	0	円
----	---	---	---	---	---	---	---

金額は70/100、80/100または90/100とし、
1円未満は切り捨てです。

但し ~~年~~ ~~月~~ ~~日~~ 付け支給申請の介護保険料
として、上記の金額を請求いたします。

~~年~~ ~~月~~ ~~日~~

住 所 町田市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏 名 介護 太郎

電話番号 〇〇〇-△△△-□□□□

こすると消えるペン・鉛筆は使用
できません。
訂正印の使用はできません。訂
正が必要な場合は、新しく作成
し直してください。

市役所記入欄です。
記入不要です。

被保険者本人の
住所、氏名、電話番号が必要になります。
償還払いで被保険者以外の方が給付金を受け取る
場合は、受任者の情報が必要になります。

命令番号	
命 令 日	
支 払 日	
備 考	