

受付印

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（ ）		要介護（ ）		年 月 日 ~		年 月 日									
住 所	〒																
																電話番号（ ）	
購 入 日	項番	福祉用具商品名			福祉用具種目 製造事業者名			購入金額(円)									
年 月 日	1							円									
	2							円									
	3							円									
	4							円									
	5							円									
	6							円									
	7~15	内訳表合計（別紙「内訳表」の合計額を記入）※7点以上購入の場合のみ										円					
福祉用具が必要な理由					合計金額 (1~15)			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																	
販売事業所名					販売事業所番号												
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 (自署または記名押印)																	