

# 記入例

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（償還型）

| フリガナ                  | 西暦で記入してください。  |              | 町田市保険者番号   | 3       | 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<br>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—〇〇〇〇 町田市  |              |  |         |   |   |   |   |
| 購入日                   | 項番  | 福祉用具商品名      | 福祉用具種目<br>製造事業者名   | 購入金額(円) |   |   |   |   |
| 〇〇〇〇年×月△日             | 1   | 入浴用いす背なし     | 入浴補助用具<br>(株)介護会社  | 25,000円 |   |   |   |   |
|                       | 2   | 三点杖          | 歩行補助杖<br>(株)介護会社   | 15,000円 |   |   |   |   |
|                       | 3   | 補高便座         | 腰掛便座<br>(株)介護会社  | 26,000円 |   |   |   |   |
|                       | 4   | 浴槽内いす        | 入浴補助用具<br>(株)介護会社  | 20,000円 |   |   |   |   |
|                       | 5   | スロープ 80cmタイプ | 固定用スロープ<br>(株)福祉会社   | 3,000円  |   |   |   |   |
|                       | 6   | スロープ 80cmタイプ | 固定用スロープ<br>(株)福祉会社   | 3,000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   |              |  | 3,000円  |   |   |   |   |
| 福祉用具が必要な理由            |   |              | 合計金額   | 95,000円 |   |   |   |   |
| 「福祉用具が必要な理由（別紙）」のとおり  |   |              | (7点以上購入の場合のみ記入)  |         |   |   |   |   |
| 高齢者支援センター<br>居宅介護支援事業 | 町田市役所介護   |              | 9,500円   |         |   |   |   |   |
| 担当ケアマネ                | 〇〇 〇  |              | 85,500円  |         |   |   |   |   |
| 電話番号                  | 〇〇〇 (△△△)   |              |  |         |   |   |   |   |
| 販売事業所                 | (株)町田市商会  |              | 販売事業所番号  | 〇〇〇〇〇〇△ |   |   |   |   |
| 申請者名                  | 介護 太郎   |              | 販売事業所名、事業所番号をご記入ください。  |         |   |   |   |   |
| 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。<br>※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。<br>〇〇〇〇年 ××月 △△日 |              |  |         |   |   |   |   |
| <受任者>                 | 住所 町田市〇〇町〇〇   |              | 給付金の受取人が被保険者と異なる場合に記入。<br>被保険者本人の場合は記入不要。                          |         |   |   |   |   |
| 氏名 介護 次郎              | 申請者との関係 ( 弟 )   |              | 委任者(申請者) 介護 太郎   |         |   |   |   |   |
|                       |   |              | 給付金の受取人が申請者(利用者)と異なる場合は<br>記入・押印してください。(シャチハタ不可)<br>※自署の場合は押印不要です。 |         |   |   |   |   |

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。

領収書の領収日を記入  
してください。  
購入日が同日かつ同一  
の領収書であれば、1  
枚の申請書にまとめて  
記入可能です。

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。

7点目以降は「別紙\_内訳表」に  
記入してください。  
ここには別紙の合計金額を記入し  
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。

販売事業所名、事業所番号をご記入ください。

