

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（受領委任用）

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------|-----------------------------------|--|------------------|--|---------|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | | | | | | |
| 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。 年 月 日 【申請者】 氏名 印 (申請者は被保険者名をご記入ください) 【受任者】 住 所 販売事業所名 代表者名 電話番号 () 事業所番号 | | | | | | | | | | | |

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書 内訳表（受領委任用）

| | |
|--------|--|
| 被保険者氏名 | |
| 被保険者番号 | |
| 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) |
|----|---------|--------|-------------|---------|
| 7 | | | | 円 |
| 8 | | | | 円 |
| 9 | | | | 円 |
| 10 | | | | 円 |
| 11 | | | | 円 |
| 12 | | | | 円 |
| 13 | | | | 円 |
| 14 | | | | 円 |
| 15 | | | | 円 |
| | | | (項番7～15) 合計 | 円 |

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

《受領委任払いについて》

町田市に受領委任払い事業者登録をしている福祉用具販売事業所のみ、受領委任払いにて給付を受けることができます。

福祉用具購入金額の9割、8割または7割が市から販売事業所に支払われ、残りの1割、2割または3割と上限を超えた部分の全額が自己負担になります。

※ 給付制限中の場合は償還払い申請になります

《必要な書類》

- ① 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い）
- ② 請求書（町田市長あてのもの）
- ③ 福祉用具が必要な理由（別紙）
- ④ 領収書（写しでも可）
- ⑤ 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
- ⑥ 医師の所見等と確認調書（排泄予測支援機器の場合）

※ 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。