

# 記入例

こすると消えるペンは使用できません。

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 年は西暦で記入してください。 福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	カネノリョウ	町田市保険者番号	1	3	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	〇〇〇〇年 〇月 〇日	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 )	20××年 〇月 〇日 ~ 20××年 〇月 〇日					
住 所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 町田市△△町〇〇番地						
	電話番号 〇〇 (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				
20××年 〇月〇日	シャワーベンチ背なし	入浴補助用具 (株)介護会社	20,000円				
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。		商品名はカタログの名称を省略せずに記入してください。型番や商品の色については記入不要です。					
福祉用具が必要な理由		合計金額	20,000円				
「福祉用具が必要な理由(別紙)」のとおり		一部負担金	2,000円				
高齢者支援センター名 居宅介護支援事業所名	町田市 介護サービス	給付金額	18,000円				
担当ケアマネジャー	〇〇						
電話番号	〇〇〇 (△△△) 〇〇〇〇						
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)費用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							
〇〇〇〇年 〇月 〇日							
【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						

## 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(すのこ購入の場合は図面等添付)
- 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。

事業所番号を記入してください。

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。

介護  
「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)