


# 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 福祉用具購入費支給申請書（償還払い）

年は西暦で記入してください。

フリガナ 被保険者氏名	介護	町田市保険者番号	1 3 2 0
生年月日	〇〇〇〇年 〇月 〇日	被保険者番号	0 0 0 × × × × × × × ×
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	利用者負担割合
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
販売事業所名	(株)町田市商会	販売事業所番号	〇〇〇〇〇〇〇
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）」の要り	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	町田市役所介護サ一	一部負担金	2,000円
担当ケアマネジャー	〇〇 〇〇〇	一部負担金額	18,000円
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）申請書 20××年 〇月 〇日	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。		
申請者名	介護 太郎		
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。 20××年 〇月 〇日	給付金の受取人が申請者（利用者）と異なる場合は 記入・押印してください。		
<委任者> 住居 町田市〇〇町〇〇番地 氏名 介護 次郎 申請者との関係 ( 弟 )	委任者（申請者）	介護 太郎	

給付金の受取人が被保険者と異なる場合に記入。  
被保険者本人の場合は記入不要。添付して下さい。

- 1 請求書（申請者から町田市長あてのもの）
- 2 領収書（原本。写しは不可）
- 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を添付）
- 4 債権者登録依頼書
- 5 福祉用具が必要な理由書（別紙）
- 6 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下さい。  
※ 利用者負担割合は、必ず負担割合証を確認のうえ、領収日時点のものをご記入ください。

2021/7/1