

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

○購入の対象となるもの

- ・腰掛便座
- ・自動排泄処理装置の交換部品
- ・入浴補助用具（入浴用いす、浴槽用手すり、浴槽内いす、入浴台、浴室内すのこ、浴槽内すのこ、入浴用介助ベルト）
- ・簡易浴槽
- ・移動用リフトのつり具
- ・排泄予測支援機器

○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

《償還払い》

- ①購入時には購入費の全額（10割）を支払う
- ②支給申請をし、保険給付分（9割、8割または7割）の給付を受ける

～必要な書類～

- ・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）
- ・請求書（町田市長あてのもの）
- ・福祉用具が必要な理由（別紙）
- ・領収書（原本 写しは不可）
- ・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
また、すのこの場合は設置箇所の図面も添付してください
- ・債権者（振込口座）登録依頼書
- ・医師の所見等と確認調書（排泄予測支援機器の場合）

-----キリトリ-----

記入例（償還払い）

請求書

金額は70/100、80/100または90/100とし、1円未満は切り捨てです。

年月日は記入しないでください。

	+	万	千	百	十	円
金額	¥	1	8	0	0	0

但し、~~年~~月~~日~~付け支給申請の介護保険福祉用具購入給付費として、上記の金額を請求いたします。

~~年~~月~~日~~

住所 町田市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名 介護 太郎

介護

こすると消えるペン・シャチハタは使用できません。印鑑ははっきりと、濃く押印してください。

市役所記入欄です。記入不要です。

被保険者本人の住所、氏名と押印が必要になります。
償還払いで被保険者以外の方が給付金を受け取る場合は、受任者の氏名と押印が必要になります。

命令番号	
命令日	
支払日	
備考	