介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費受領委任払承認申請書兼同意書

フリガナ		保険者番号											
被保険者氏名		個人番号											
		被保険者番号											
生年月日	年　月　日生	性別	男・女										
住所	〒　－ 電話番号（　）　－												

福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業所名及び 販売事業所名	購入予定額	購入予定日
		円	年　月　日
		円	年　月　日
		円	年　月　日

福祉用具が必要な理由		要介護度	
介護支援専門員	事業所住所 名　称	氏　名	㊞

田村市長　様

上記の居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給に係る請求及び受領について、下記の事業者に委任することの承認を得たいので関係書類を添えて申請します。

年　月　日

申請者(被保険者)

住　所

氏　名　　印

電話番号　（　）　－

受領委任払同意書

田村市長　様　　年　月　日

受取人(販売事業者)

住　所

事業所名

代表者職氏名　　印

電話番号　（　）　－

上記の被保険者が介護保険の福祉用具を購入するにあたり、被保険者に便宜を図るため、下記のとおり受領委任払により取り扱うことに同意します。

1 被保険者からは、居宅介護(予防)福祉用具購入費の介護給付額以外の費用を受領します。

2 介護保険給付額については、被保険者からの委任に基づき、田村市に対し所定の書類を添えて請求のうえ受領します。

《注意》 ① この申請書に、購入予定の福祉用具の見積書とパンフレット等の写し、介護保険被保険者証の写し、介護保険負担割合証の写しを添付してください。

② 「福祉用具が必要な理由」については、「個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載困難な場合は、裏面に記載してください。