様式第１号（第４条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払い承認申請書兼同意書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | | | |  | | | | | 保険者番号 | | | |  |
| 被保険者番号 | | | |  |
| 生年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | 性　　　　別 | | | | 男　　　女 |
| 住所 | | | | 〒 | | | | | | | | | |
| 要介護区分 | | | |  | | 認定期間 | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | |
| 購入する福祉用具（種目及び商品名） | | | | | | 購入予定金額 | | | | 製造事業者名 | | | |
| １ |  | | | | |  | | | |  | | | |
| ２ |  | | | | |  | | | |  | | | |
| ３ |  | | | | |  | | | |  | | | |
| ４ |  | | | | |  | | | |  | | | |
| ５ |  | | | | |  | | | |  | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | | |  | | | | | | | | | 専門相談員確認欄 | |
| 氏名 | |
| 購　入  金　額 | | 円 | | | 購　入  予定日 | | 年　　月　　日 | | | | 販　売  業者名 |  | |
| 平戸市長　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について、下記の業者に受領を委任することの承認を得たいので申請します。  年　　月　　日  申請者　　　　住　所  （被保険者）  氏　名　　　　　　　　　　　　　（※）　　　　電話番号  　※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 受領委任払い同意書  年　　月　　日  平戸市長　様  受取人　　　　（所在地）  （販売業者）　（事業者名）　　　　　　　　　　　　（電話番号）  （代表者職氏名）　　 　 ㊞    　上記の被保険者が介護保険の特定福祉用具を購入するにあたり、被保険者の便宜を図るため、下記のとおり受領委任払いにより取り扱うことに同意します。  記   1. 購入する福祉用具に変更が生じた場合は、すみやかに届出をします。 2. 被保険者からは、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の介護保険給付額以外の費用を受領   します。  3 介護保険給付額については、被保険者からの支給申請の折の委任に基づき受領します。 | | | | | | | | | | | | | |