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。 |