別記様式第1号(第4条第1項関係)

**介護保険居宅介護（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 | 　 | 保険者番号 | 　 | ２ | ５ | ２ | ０ | ４ | ９ |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭　　　年　　 月　　 日 | 性　　　別 | 男・女 |
| 住所 | 〒連絡先 |
| 福　祉　用　具　名（種目名及び商品名） | 製造事業者名　及　び販 　売 　事 　業 　者 　名 | 購　入　予　定　金　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 | 　 |

近江八幡市長

　　上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給について、次の事業者が受領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

　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　電話番号

**受領委任払い同意書**

　　　　年　　　月　　　日

近江八幡市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　受取人　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、次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　被保険者からは、居宅介護（予防）福祉用具購入費の介護保険給付費以外の費用を受領します。ただし、被保険者が被保護世帯の者である場合は、この自己負担となる費用を近江八幡市に対し請求の上、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、近江八幡市に対し所定の書類を添えて請求の上、受領します。

注）裏面の注意事項もご覧ください。

上記のとおり福祉用具を必要と認めます。　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名 | 　 | 介護支援専門員名 | ㊞ |

**注意事項**

１　この申請書に、購入予定の福祉用具の見積書及びパンフレット、利用計画書を添付してください。

２　「福祉用具が必要な理由」欄については、個々の用具ごとに記入してください。欄内に記入が困難な

場合は、別紙に記入してください。