

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

- 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。
- 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。