

【購入前】

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給事前申請書（受領委任払用）

フリガナ			保険者番号		2	8	3	8	2	0
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	年	月	日生	性別		男 ・ 女				
住所	〒 ー									
	電話番号 () ー									
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造業者名及び販売予事業者名 (特定福祉用具販売事業者番号)		購入見積金額	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										
播磨町長様 上記のとおり、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給の事前申請をします。 また、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給に関する受領権を下記の同意のある事業者委任することの承認を受けたいので併せて申請します。 年 月 日 申請者 住所: (被保険者) 氏名:										
販売事業者同意欄			受領委任払い(立替事業)実施に係る同意							
播磨町長様 当事業者は、上記の申請者が居宅介護(介護予防)福祉用具を購入するに当たり、福祉用具販売後に上記申請者に対して、介護保険給付額以外の費用を請求及び受領し、残額については保険者である播磨町から受領することに同意します。 年 月 日 事業者 事業所所在地: 事業所名: 印 代表者の氏名: 印 電話番号: () ー										

【注意】 ・この申請書に、見積書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 ・「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
 ・販売事業者同意欄での同意確認により、様式第4号の同意書の添付を省略することができます。

(町記入欄)

保険料未納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	要介護度	支1・2 介1・2・3・4・5	認定期間	添付書類
給付実績 (年度内) (残額)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円	介護保険給付対象購入金額 (保険給付決定額)	_____円 (_____円)		<input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> パンフレット
		利用者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> その他()		

決裁欄 上記申請について、承認・不承認 通知書を交付します。				決裁日: 年 月 日
統括	リーダー	グループ員	担当	備考 (確認番号 福受 -)

記入例

受領委任払用

【購入前】

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給事前申請書（受領委任払用）

フリガナ	ハリマ タロウ	保険者番号		2	8	3	8	2	0
被保険者氏名	播磨 太郎	被保険者番号	0000	1	2	3	4	5	6
生年月日	昭和15年10月10日生	性別	男・女						
住所	〒675-0182 播磨町東本荘1丁目5番30号 電話番号(079)435-0355								
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造業者名及び販売予事業者名 (特定福祉用具販売事業者番号)	購入見積金額	購入予定日						
シャワーチェア (入浴補助用具)	製造業者名/○×販売(株) (1234567)	20,000円	平成27年○月×日						
購入する福祉用具名、製造業者名、販売事業者名、販売事業者番号を記入して下さい									
購入する福祉用具が必要な理由について記入して下さい									
福祉用具が必要な理由	申請者は被保険者本人の名前を記入してください								
<p>様 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給の事前申請をします。 介護(介護予防)福祉用具購入費支給に関する受領権を下記の同意のある事業者委任することの承認を受けたいので併せて申請します。</p> <p>平成27年○月×日 申請者 住所: 播磨町東本荘1丁目5番30号 (被保険者) 氏名: 播磨 太郎 印 押印してください</p>									
<p>販売事業者同意欄 受領委任払い(立替事業)実施に係る同意</p> <p>播磨町長様 当事業者は、上記の申請者が居宅介護(介護予防)福祉用具を購入するに当たり、福祉用具販売後に上記申請者に対して、介護保険給付額以外の費用を請求及び受領し、残額については保険者である播磨町から受領することに同意します。 平成27年○月×日 事業者 事業所所在地: 播磨町○○1丁目○番○号 事業所名: ○×販売(株) 印 代表者の氏名: ○○ ○○ 印 押印してください 電話番号: (079)××××-××××</p>									

【注意】 ・この申請書に、見積書及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
 ・「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
 ・販売事業者

以下は保険者が使用しますので記入は不要です。

保険料未納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	要介護度	支1・2 介1・2・3・4・5	認定期間	添付書類
給付実績 (年度内) (残額)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円)	介護保険給付対象購入金額 (保険給付決定額)	円 (円)		<input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> パフレット
		利用者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> その他()		

【決裁欄】 上記申請について、承認・不承認 通知書を交付します。 決裁日: 年 月 日				
統括	リーダー	グループ員	担当	備考 (確認番号 福受 -)