

様式第2号の2

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費受領委任払承認申請書

フリガナ			保険者番号	2 8 3 8 1 2			
被保険者氏名			被保険者番号				
住 所	稲美町			電話	()		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	1号・2号	性別	男・女
購入 予定 内容	福祉用具名 商品名	種目 コード	製造事業者名 販売事業者名	購入予定金額	購入予定日		
				円	平成 年 月 日		
				円	平成 年 月 日		
				円	平成 年 月 日		
	計			円			
	福祉用具種目コード		1. 腰掛け便座 2. 特殊尿器 3. 入浴補助用具 4. 簡易浴槽 5. 移動用リフトのつり具の部分 6. その他				
福祉用具が 必要な理由							
該当に○印	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
<p>稲美町長様</p> <p>上記のとおり受領委任払いにて居宅介護（予防）福祉用具購入を行いたいので申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所 稲美町</p> <p>申請者 電話 ()</p> <p>(被保険者) 氏名 印</p>							

[添付書類]

- ① 見積書
- ② カタログ等
- ③ 同意書

受領委任払いに関する同意書

同 意 書

稲美町長 様

(甲)は(乙)が介護保険居宅介護(予防)(住宅改修・福祉用具購入)を利用するにあたり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

介護保険の(住宅改修・福祉用具購入)を行う被保険者から、居宅介護(予防)(住宅改修費・福祉用具購入費)の保険対象になる改修費用の1割の請求及び受領を行い、当該費用の保険給付額については稲美町から受領します。

平成 年 月 日

(甲) 事業者所在地

事業者名称

代表者氏名

電話番号

(乙) 被保険者氏名

