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承認申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | |  | | | 保険者番号 | | **202085** | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | | 被保険者番号 | |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | | | |  | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 |  | | | 認定有効期間 | 年　　月　　日～　年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 |  | | | | 介護支援専門員 |  | | | | | | | | |
| 福　祉　用　具　名  （種目名及び商品名） | | | 製造事業者名及び  販売予定事業者名 | | 購入予定金額  （税込み） | | | 購入予定日 | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | 年　月　日 | | | | | | |
|  | | |  | | 円 | | | 年　月　日 | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | |
| （申請先）小諸市長  上記の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給について、下記の販売事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 〒  　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 （ ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 【受任事業者記入欄】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領委任払同意書  年　　月　　日  （提出先）小諸市長  販売事業者　住　　所  　　　　事業所名  　　　　代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号    上記の被保険者が介護保険福祉用具を購入するにあたり、被保険者に便宜を図るため、下記のとおり受領委任払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（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。  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、小諸市に対し所定の書類を添えて請求のうえ受領します。 | | | | | | | | | | | | | | |