第１号様式（第２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兼同意書 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | フリガナ | | | |  | | 保険者番号 | |  | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | | | |  | |
| 被保険者番号 | |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日　生 | | | | 性別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | |
| 住所 | | | | 〒　　　―  電話番号(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | 要介護度 | | | |  | | | |
| 二本松市長  　　上記の居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給に係る請求及び受領について、下記の事業者に委任することの承認を得たいので関係書類を添えて申請します。  　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  (被保険者) | 住所  氏名（自署または記名押印）  電話番号　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領委任払同意書  年　　月　　日  　　二本松市長 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人  (販売事業者) | | 住所  事業所名  代表者職氏名（自署または記名押印）  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当たり、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額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、二本松市に対し所定の書類を添えて請求の上受領します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

《注意》　(1)　この申請書に、①見積書、②福祉用具のパンフレット、③介護保険被保険者証の写しを添付してください。

　　　　　(2)　「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。欄内に記載困難な場合は、裏面に記載してください。

　　　　　(3)　福祉用具は、都道府県の指定を受けた事業者から購入してください。指定を受けた事業者から購入した場合のみ福祉用具購入費が支給されます。