

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費受領委任払申請書兼同意書

フリガナ			被保険者番号	4	4	3	0	0										
被保険者氏名			保険者番号															
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	電話番号		()											
住所	〒522-03		犬上郡多賀町大字															
福祉用具名	製造事業者名	購入予定額	購入予定日															
種目名および商品名	販売事業者名																	
		円	年 月 日															
		円	年 月 日															
福祉用具が必要な理由																		
<p>多賀町長 様</p> <p>居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給にかかる請求および受領について、下欄の販売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。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所 (委任者) 氏 名 電 話 番 号</p>																		
<p style="text-align: center;">受領委任払同意書</p> <p>多賀町長 様</p> <p>上欄の被保険者が介護保険の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、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。</p> <p>(1) 被保険者からは、居宅介護（支援）福祉用具購入費の介護給付額以外の費用を受領します。</p> <p>(2) 介護保険給付金額については、被保険者からの委任に基づき、多賀町に対し所定の書類を添えて請求のうえ受領します。</p> <p>住 所</p> <p>販売事業者 事業所名 (受任者) 代表者職氏名 電 話 番 号 ()</p>																		

保険者確認欄

- 購入予定の福祉用具の見積書とパンフレット等の写し
- 個々の用具ごとの「福祉用具が必要な理由」の記載（欄内に記載困難な場合は、裏面に記載してください。）
- 排泄予測支援機器の試用状況が確認できる書類（居宅サービス計画または特定福祉用具販売計画等）の添付

同一种目2商品以上購入の場合 保険者確認欄