

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費事前承認申請書

フリガナ		性別	保険者番号		3	0	3	0	4	0
被保険者氏名		男・女	被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	個人番号								
住 所	〒 電話番号 ()									
購入予定日	年 月 日									
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			購入予定金額				
			(製)			円				
			(販)							
			(製)			円				
			(販)							
			(製)			円				
			(販)							
福祉用具が 必要な理由	福祉用具支給申請に係る理由書に記載のとおり									
紀美野町長 様 上記のとおり、受領委任払いにて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号 ()										

- 注意
- ・この申請書に、見積書及び受領委任払い同意書、福祉用具のパンフレット、理由書を添付下さい。
 - ・「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下さい。
 - ・福祉用具販売事業者指定を受けている事業者で購入しなければ介護保険対象となりません。

紀美野町 確認欄

未納保険料		要介護度		利用実績	
□なし □あり		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
限度額	実績額	購入予定金額	支給予定金額	承認	備考
円	円	円	円		

介護保険福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払い同意書

年 月 日

紀美野町長 様

受任者（販売及び施工事業者）

所在地

名称

代表者職氏名

電話番号

委任者（被保険者）

被保険者番号

被保険者氏名

上記の被保険者が介護保険の福祉用具購入又は住宅改修を利用するにあたり、被保険者に便宜を図るため下記のとおり受領委任払いにより取り扱うことに同意します。

- 1 福祉用具を販売後、又は住宅改修工事完成後に上記被保険者に対し介護保険給付額以外の費用を請求及び受領します。
- 2 当該介護保険給付については、町長に対し所定の書類を添えて申請のうえ受領します。
なお、当該介護保険給付については下記の口座に振込みを依頼します。

口座振込 依頼欄	銀行 農協 信金信組	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金						
			2 当座預金						
			3 その他						
	フリガナ 口座名義人	-----							

介護保険福祉用具購入費支給申請に係る理由書

令和 年 月 日

指定居宅介護支援事業者等 _____

介護支援専門員等 _____

当該被保険者が福祉用具を必要とする理由は次のとおりです。

被 保 険 者	氏 名		被 保 険 者 番 号										
	住 所	〒	要 介 護 状 態 区 分										
			要支援	要介護									
			1・2	1・2・3・4・5									
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由													

注) 被保険者の心身の状況及び日常生活の様子、福祉用具導入による効果などを記入。

備考(町記入欄)

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		性別	保険者番号		3	0	3	0	4	0
被保険者氏名		男・女	被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		個人番号							
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		購入金額		購入年月日 (領収証記載日)				
		(製)		円		年 月 日				
		(販)								
		(製)		円		年 月 日				
		(販)								
		(製)		円		年 月 日				
		(販)								
紀美野町長 様										
上記のとおり、受領委任払いにて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。										
なお、その受領の権限を下記の事業者委任します。										
年 月 日										
住所										
申請者 氏名 電話番号 ()										
上記の受領の権限を受任しました。										
住所										
受領者 事業所名 電話番号 ()										
(事業者) 代表者名										

注意 ・この申請書に、利用者負担額に係る領収証を添付して下さい。

紀美野町 確認欄

未納保険料		要介護度		利用実績	
□なし □あり		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
限度額	実績額	購入予定金額	支給予定金額	承認	備考
円	円	円	円		