

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費

受領委任払い承認願書兼同意書

フリガナ				被保険者番号									
被保険者氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日					
				性別	男・女								
住所	〒 会津坂下町												
													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				令和	年	月	日		
				円				令和	年	月	日		
				円				令和	年	月	日		
福祉用具が必要な理由												要介護度	
<p>会津坂下町長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給について、下記の事業者を受領することの承認を得たいので申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>(被保険者) 氏名</p> <p style="text-align: right;">電話番号</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>													
<p>受領委任払い同意書</p>													
会津坂下町長						令和 年 月 日							
			(所在地)										
受取人			(事業者名)										
(販売事業者)			(代表者職氏名)			Ⓜ							
			(電話番号)										
<p>上記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、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。</p> <p style="text-align: center;">記</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保険給付額以外の費用を受領します。</p> <p>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、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>この申請書に、購入予定の福祉用具の見積書とパンフレット等の写しを添付してください。</p>													
居宅介護支援事業所				介護支援専門員氏名									