

回 覧	課長	統括	専門員・主査	グループ員

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払事前承認申請書

フリガナ 被保険者氏名				保険者番号								
				被保険者番号								
生年月日	年	月	日	要介護度	要支援	／	要介護	自己負担割合		割		
被保険者住所												
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名			購入金額				購入予定日				
								年 月 日				
								年 月 日				
								年 月 日				
福祉用具が 必要な理由											介護支援専門員等確認 所属	
											職・氏名	
<p>中山町長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払事前承認を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 千 住所</p> <p>氏名 _____ 電話 ( )</p>												
登録事業者 (受領者)	所在地			登録番号								
	事業者名			電話 ( )								
	代表者名											

※ 1 「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

2 この申請書に、購入したい福祉用具のパンフレット等を添付してください。

保険者記入欄

要介護度	今年度既給付	今回対象予定額	自己負担割合	割
支 1・2	無・有( 円)	円	自己負担予定額	円
介 1・2・3・4・5			給付予定額	円

回 覧	課 長	統 括	専門員・主査	グループ員

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任用)

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号						
			被保険者番号						
生年月日	年	月	日	要介護度	要支援	／要介護	自己負担割合	割	
被保険者住所									
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名及び 販売事業者名			購入金額			購入日		
							年 月 日		
							年 月 日		
							年 月 日		
福祉用具が 必要な理由	【事前承認申請書と同じ場合は記入不要】								
							介護支援専門員等確認 所 属 職・氏名		
中山町長 様 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 〒 申請者 住所 氏名 _____ 電話 ( )									
登録事業者 (受領者)	所在地			登録番号					
	事業者名			電話 ( )					
	代表者名								

※1 「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。  
 2 この申請書に、①領収書の写し(被保険者本人宛のもの) ②領収書原本(写しと照合後返却) ③福祉用具のパフレット等を添付してください。  
 3 別紙請求書を記入し提出してください。ただし、申請年月日、請求金額欄は審査・決定後記入しますので記入しないでください。

保険者記入欄

要介護度 支 1・2 介 1・2・3・4・5	今年度既給付 無・有( 円)	今回対象額 円	自己負担割合 自己負担 給付額	割 円 円
------------------------------	-------------------	------------	-----------------------	-------------

(別紙)

**【購入した福祉用具の領収書の写しを貼付してください】**

**【購入した福祉用具のパフレットの写しを貼付してください】**

福祉用具購入費

請 求 書(受領委任用)

住宅改修費

請求日

年 月 日

中山町長

様

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費・居宅介護（介護予防）住宅改修費の受領に係る権限について、下記のとおり受任者に委任いたします。

請求者 (委任者)	住 所	
	氏 名	印

請 求 金 額	円
適 用	購 入 ・ 着 工 年 月
<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具購入費（要支援認定者） <input type="checkbox"/> 居宅介護福祉用具購入費（要介護認定者） <input type="checkbox"/> 介護予防住宅改修費（要支援認定者） <input type="checkbox"/> 居宅介護住宅改修費（要介護認定者）	年 月

上記の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費・居宅介護（介護予防）住宅改修費については、私が請求者からの委任を受け受領することに同意しましたので、次の口座に振り込みください。

(受任者) 所 在 地

事 業 所 名

登 録 番 号

代 表 者 氏 名

印

口座振替 依頼欄	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店	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			