

介護保険居宅介護・介護予防福祉用具販売費受領委任払い利用申請書

|                                                                                                                                                    |        |                    |       |        |           |     |        |       |             |  |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|-------|--------|-----------|-----|--------|-------|-------------|--|--|--|--|--|
|                                                                                                                                                    |        | 申請年月日              | 年 月 日 |        |           |     |        |       |             |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                                                                                                                                   | フリガナ   |                    |       | 保険者番号  | 2 2 3 2 5 |     |        |       |             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                    | 氏 名    |                    |       | 被保険者番号 | 0         | 0   | 0      | 0     |             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                    | 生年月日   | 明治・大正・昭和           | 年     | 月      | 日生        | 性 別 | 男 ・ 女  |       |             |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                    | 要介護度区分 | 要介護度状態区分 1 2 3 4 5 |       |        |           |     | 経過的要介護 |       | 要支援状態区分 1 2 |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                    | 有効期間   | 年 月 日              |       |        |           |     | ～      | 年 月 日 |             |  |  |  |  |  |
| 住所及び連絡先                                                                                                                                            |        | 電話番号               |       |        |           |     |        |       |             |  |  |  |  |  |
| 福祉用具名<br>(種目・商品名)                                                                                                                                  |        | 製造事業者名<br>販売事業者名   |       | 購入費用   |           |     | 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                                                                                                                                         |        |                    |       |        |           |     |        |       |             |  |  |  |  |  |
| 注 意                                                                                                                                                |        |                    |       |        |           |     |        |       |             |  |  |  |  |  |
| <p>1 この申請書の添付書類として福祉用具のパフレット等を添付してください。</p> <p>2 福祉用具が必要理由については、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。</p>                                     |        |                    |       |        |           |     |        |       |             |  |  |  |  |  |
| <p>函南町長 様</p> <p>上記のとおり介護保険による福祉用具を受領委任により行いたいので、申請します。<br/>なお、福祉用具販売費の受領に関する権限を下記の事業者委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電話番号</p> <p>申 請 者 氏 名 (印)</p> |        |                    |       |        |           |     |        |       |             |  |  |  |  |  |
| <p>函南町長 様</p> <p>上記被保険者に係る福祉用具を販売したときは、福祉用具の受領に関する権限を委任されることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所 電話番号</p> <p>事 業 者 氏 名 (印)</p>                          |        |                    |       |        |           |     |        |       |             |  |  |  |  |  |