

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払い承認依頼書

フリガナ			保険者番号			0	2	3	0	7	7
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	大・昭・平	年	月	日	性別	男・女		介護度			
住所	〒										
電話番号											
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者及び 登録事業者名		予定購入金額		予定購入日					
				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											
居宅介護支援事業者名				ケアマネージャー名		印					
提示書類		□パンフレット □見積書 □その他 ( )									
<p>外ヶ浜町長 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払いで購入したいので、承認をお願いします。</p> <p>なお、福祉用具を購入したときは、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費等の支給申請及び給付の受領に関する権限を下記の登録事業者に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 (委任者) 氏名 印 電話番号</p>											
<p>外ヶ浜町長 様</p> <p>上記申請者に係わる居宅介護福祉用具購入費等の支給申請及び受領に関する権限を委任されることに同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所登録番号</p> <p>受取人 所在地 (受任者) 名称</p> <p>代表者名 印 電話番号</p>											

※「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、別紙に記載してください。