

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

羽村市長 宛

次のとおり、関係書類を添えて介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領委任払事前承認を申請します。

フリガナ			保険者番号	1 3 2 2 7 4	
被保険者氏名 (申請者)			被保険者番号		
			生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住 所	〒205- 羽村市		電話番号		
購入予定日現在の 要介護度区分	(要支援) 1 ・ 2		(要介護) 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
購 入 内 容	福祉用具の種目	商 品 名	製造事業者名	購入予定金額 <small>※税込金額で記入してください。</small>	
				円	
				円	
				円	
購入予定金額合計					円
福祉用具購入実績 (4月1日以降)	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り (購入品目: )				
販売事業者名			事業所番号		
福祉用具が必要な理由	<input type="checkbox"/> 別紙福祉用具サービス計画書(写し)のとおり				

添付書類  見積書  購入予定の福祉用具のパンフレット等の写し  福祉用具サービス計画書の写し

(保険者記入欄)

介 護 度	支援 1・2 介護 1・2・3・4・5 (認定期間)		～
福祉用具購入履歴 (4/1以降)	有・無	(利用限度額残額) 円※100,000-履歴の保険対象額	
過去の同一品目の購入	有・無	令和 年 月 日	
介護保険料未納	有・無	対象福祉用具の確認	担当確認
備 考	自己負担額: 1割 2割 3割		

(受 付 印)

保険対象額	円	支給予定額	円
-------	---	-------	---