様式第1号（第３条関係）

**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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  保  険  者 | 被保険者番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | 個人番号 |  | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |
| 氏 名 | |  | | | | | | | | | | | |
| 性 別 | 男 ･ 女 | | |
| 住 所 | | 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 |
|  |
| 花巻市長　様  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、下記の事業者に受領を委任することの承認を得たいので申請します。  令和　　年　　月　　日  申請者（被保険者）  住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏　　名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **受領委任払い同意書**  令和　　年　　月　　日  花巻市長　様  　　　　　　　　　　　　　　　 　住　　所  　　　　　　　　 　 受取人　 　事業者名  　　　　　　　　　（販売事業者） 代表者職氏名 　印  　　　　 　電話番号  上記の被保険者が介護保険の福祉用具を購入するに当たり、被保険者の便宜を図るため、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。  記  １　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は、被保険者から受領します。  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、花巻市長に対し所定の書類を添えて請求のうえ受領します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援事業者名 |  | 介護支援専門員氏名 |  |

様式第４号（第６条関係）

**介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書兼福祉用具販売証明書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  保  険  者 | 被保険者番号 |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | | 個人番号 |  | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 氏 名 |  | | | | | | | | | | | |
| 性 別 | 男 ･ 女 | |
| 住 所 | 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　額 | | | 購　入　日 |
|  | | | |  | | | | | | | | | 円 | | | 令和　 年　 月　 日 |
|  | | | |  | | | | | | | | | 円 | | | 令和　 年　 月　 日 |
|  | | | |  | | | | | | | | | 円 | | | 令和　 年　 月　 日 |
| 花巻市長　様  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を申請します。なお、当該申請に係る給付費の受領については、下欄の受取人に委任します。  令和　　年　　月　　日  申請者（被保険者）  住　　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  氏　　名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **福祉用具販売証明書**  令和　　年　　月　　日  花巻市長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所  　　　　　　　　 　 受取人　 　事業者名  　　　　　　　　　（販売事業者） 代表者職氏名 　印  　　　　 　電話番号  令和　　年　　月　　日承認番号　　　により受領委任払いについて承認を受けた介護保険居宅介護（支援）福祉用具について、上記のとおり販売したことを証明します。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意事項

１　承認を受けた内容に変更がない場合は、この申請書に次の書類を添付して提出してください。

(1) 被保険者の自己負担額（被保険者が支払った分）に係る領収証

　(2) 販売事業者が発行した保険給付予定額（受領委任分）に係る請求書

２　購入内容を変更する場合は、購入する前にあらかじめ受領委任払い承認願書を再度提出し、変更承認の手続きをしてください。

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費請求書

令和　　年　　月　　日

　　花巻市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求者（被保険者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　令和　　年　　月　　日付け承認番号　　－　　により承認を受けた介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入が完了したので、次のとおり請求します。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 円 |
| 福祉用具購入日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 本書により請求する介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費の受領を下記事業者に委任します。  委任者（請求者）氏名　　　　　　　　　　　　　　印 | |
| 代理受領者  （販売事業者） | 介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費の代理受領について承諾します。  　住所  　事業者名  　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　電話番号 |

支払先口座（代理受領者の口座）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支 店 名 |  |
| 預金種目 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フ リ ガ ナ  口座名義 |  | | |