

様式第20号

(委任払い用)

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払承認・支給申請書

フリガナ					被保険者番号								
被保険者氏名					0	0	0	0	0				
					要介護状態区分 要支援1 2・要介護1 2 3 4 5								
生年月日	年 月 日生				認定有効期間								
性別	男・女				年 月 日～年 月 日								
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				購入金額		購入(予定)日						
					円		年 月 日						
					円		年 月 日						
					円		年 月 日						
購入金額合計	円				介護保険支給額		円						
今年度既申請額 (購入金額)	円				申請者負担額		円						
福祉用具が 必要な理由					<u>福祉用具専門 相談員氏名</u>								
<p>上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費に係る支給に関する受領権を下記の同意ある事業者委任することについての承認、及び居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について支給を受けたいので申請します。</p> <p>羽曳野市長 様 年 月 日</p> <p>住所 申請者(被保険者) 氏名 電話番号</p>													
事業者の同意書 兼 口座振込依頼書													
<p>上記内容の特定福祉用具購入に伴う、羽曳野市から支給される上記被保険者に係る居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給に関する受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受任することに同意します。なお、支給にあたっては指定の金融機関に口座振替払いをしてくださるよう依頼します。</p> <p>羽曳野市長 様 年 月 日</p> <p>所在地 (事業者) 名称 代表者氏名</p>													

※各項目の金額の訂正が発生した場合は、申請書の差し替えをして頂く事になります。