介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費事前承認申請書　 受領委任払い用

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　 　月　 　日　 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　）　 |
| 購入予定日 | 　年　　　月　　　日　 |
| 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 | 購入予定金額 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
|  |  | 円 |
| (宛先) 紀の川市長 |
| 上記のとおり、受領委任払いにて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受けたいので関係書類を添えて申請します。 |
| 年　　　月　　　日 |
| 申請者 | 住所 |  | 電話番号　　　　　　　 | （　　） |
| 氏名 | 　 |
| （備考） | 　この申請書に、福祉用具のパンフレット等、見積書及び受領委任払い同意書を添付してください。 |
|

紀の川市　確認欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 未納保険料 | 要介護度 | 利用実績 |  |
| □なし　□あり | 要支援１・２要介護１・２・３・４・５ |
| 限度額 | 実績額 | 購入予定金額 | 支給予定金額 | 承認 | 備考 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |  |  |