**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費**

**受領委任払い承認願書兼同意書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | | | 保険者番号 |  | | | | | | | | | 0 | | 3 | | | 2 | | 0 | | 6 | | 0 | |
|  | | | 被保険者番号 |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |
| 個人番号 |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | 要支援１　要支援２　　要介護１　　２　　３　　４　　５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （種目名） | | | （製造事業者名） | 円 | | | | | | 令和　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （商品名） | | | （販売事業者名） |
| （種目名） | | | （製造事業者名） | 円 | | | | | | 令和　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （商品名） | | | （販売事業者名） |
| （種目名） | | | （製造事業者名） | 円 | | | | | | 令和　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （商品名） | | | （販売事業者名） |
|  | | | 購入予定額合計 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担の割合 | 割 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | （居宅サービス計画を添付し、その計画の記載内容により必要な理由が明らかである場合は、記入不要） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 北上市長　様  上記のとおり、居宅介護（介護予防）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  住所  申請者氏名  （被保険者） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **受領委任払い同意書**  令和　　年　　月　　日  　北上市長　様  住　　所  受取人　　　事業所名  （販売事業者）代表者職氏名  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あたり、被保険者に便宜を図るため、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　被保険者からは、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の介護保険給付額以外の費用を受領します。ただし、被保険者が被保護世帯の者である場合は、この自己負担となる費用を北上市に対し請求の上、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、北上市に対し所定の書類を添えて請求の上、受領します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　　　　　　　　◎裏面の注意事項に留意の上、添付書類を添えて提出してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援事業所名 |  | 介護支援専門員氏名 |  |

* 処理欄（記入不要）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 備  考 |  | 今年度支給済額 | 円 | 受付 |  |
| 保険料納付  自己負担減免 | 未納　有　　無  減免　有　　無 |

**注意事項**

１　この承認願書のほかに、次の書類を添付してください。

(1)　見積書

(2)　購入用具のパンフレット

（排泄予測支援機器を購入する場合の追加提出）

(3)　医学的な所見が分かる書類

(4)　排泄予測支援機器確認調書

２　承認後に購入用具を変更する場合は、この承認願書を再度提出して変更の承認を受ける必要があります。

|  |
| --- |
| 《購入後に必要となる書類》  １　介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書兼福祉用具販売証明書  ２　被保険者が支払った分の領収書  （※被保険者が被保護世帯の者である場合は、自己負担分の請求書）  ３　販売事業者の受領委任分（保険給付予定額）の請求書 |