

**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)		円	令和 年 月 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)		円	令和 年 月 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)		円	令和 年 月 日							
		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)										
<p>北上市長 様</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者氏名 (被保険者)</p>											
受領委任払い同意書											
<p align="right">令和 年 月 日</p> <p>北上市長 様</p> <p align="center">住所 受取人 事業所名 (販売事業者) 代表者職氏名 電話番号</p> <p>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。</p> <p align="center">記</p> <p>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。</p> <p>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。</p>											

◎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 減免	有 有	無 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