

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 受領委任払用

被 保 険 者	フリガナ 氏名	性別	男	保険者番号						
			女	被保険者番号						
					個人番号					
	住所	電話			生年 月日	明治・大正・昭和 年 月 日				
特 定 (介 護 予 防) 福 祉 用 具	用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	上段:販売額(税込) 下段:被保険者負担額		購入日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
特定 (介護予防) 福祉用具が 必要である 理由										
添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具の購入に要した費用に係る被保険者負担額の領収証(宛名は被保険者名)			<input type="checkbox"/> 指定特定(介護予防)福祉用具販売事業者から交付された販売証明書						
	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具の概要を記載した書面(パンフレット等)			<input type="checkbox"/> 洪川市所定の請求書兼受領委任払制度に係る委任状						
上記のとおり居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給の申請をします。										
年 月 日		住所		申請者			住所			
洪川市長		様		(被保険者)			氏名			
							印			

(手続の流れ) 指定特定(介護予防)福祉用具販売事業者から受領委任払制度の承諾⇒販売事業者から購入⇒被保険者負担額支払⇒支給申請⇒市から支給決定通知⇒市から販売業者に支払通知⇒市が販売業者に福祉用具購入費支払

以下洪川市記入欄

様	受付番号
---	------

上記の支給申請について、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を次のとおり決定します。

A	購入総費用(税込)	円
B	購入総費用のうち 介護保険給付対象額(税込)	円
C	福祉用具購入費支給上限額	円
D	福祉用具購入費支給額 (市が販売業者に支払う額)	円
B × /100(円未満切捨) ※Cを超えた場合はCの額		
E	被保険者負担額	円
A - D		

提出された請求書兼受領委任払制度に係る委任状に基づき、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領の権限を委任した販売業者に対し、D欄の福祉用具購入費を当該販売業者の指定預貯金口座に振り込みます。

年 月 日

洪川市長

印

請求書兼受領委任払制度に係る委任状

次のとおり請求します。		被 保 険 者	〒 住所 氏名 電話		印
平成 年 月 日 渋川市長 高木 勉 様					
内容	介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 (受領委任払)				
私(誓約者)は、上記の被保険者に対して生じた介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の請求代表者であり、この請求について他の相続人との間に問題が生じても、渋川市には一切迷惑をかけることを誓約します。		誓 約 者 (相 続 人)	〒 住所 氏名 電話		印
金額	+	万	千	百	十
				円	
		支払 方法	口座振込		
(販売業者記入項目)	振込 口座	金融機関	支店(所)		
	口座番号	普通・当座	(フリガナ) 口座 名義人		
私(被保険者又は誓約者)は、上記の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領の権限を右記の販売業者に委任します。		受 任 者 (販 売 業 者)	私(販売業者)は、左記の被保険者又は誓約者の委任を承諾します。 〒 住所 名称 代表者名 電話		印

■注意事項

- 1 請求年月日及び金額(請求額)は、記載しないでください。
- 2 振込口座がゆうちょ銀行の場合は、金融機関欄に「ゆうちょ銀行」を、支店(所)欄に「(店番)」を記載してください。
- 3 記載事項を訂正することはできませんので、改めて請求書兼受領委任払制度に係る委任状を記載してください。