

受領委任

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費
事前承認申請兼受領委任払い同意書

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号	3	0	2	0	2	6
	被保険者番号						
	生年月日	年 月 日					

住所	〒						
	電話番号						

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入予定額	購入予定日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

福祉用具が 必要な理由	
----------------	--

海南市長 様

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給について、下欄の事業者より同意を得たので
関係書類を添えて受領委任払いの適用と事前承認の申請をします。

年 月 日

住 所

申請者

氏 名 印 電話番号

受領委任払い同意書

海南市長 様

年 月 日

所在地 〒

受取人
(事業者) 事業所名

代表者氏名 印 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、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

- 福祉用具購入後に上記被保険者に対し介護保険給付額以外の費用を請求及び受領します。
- 当該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、海南市長に対し所定の書類
を添えて申請のうえ、受領します。
- 当該介護保険給付額は、支給申請した月の翌月20日頃に、指定口座への振込を受けます。

(添付書類) 福祉用具購入理由書 見積書 パンフレット (福祉用具を確認できるもの)

市処理記入欄

①購入費総額	円	④保険対象自己負担額	円
②保険対象額	円	⑤保険対象外額	円
③保険給付額	円	⑥自己負担総額	円