様式第６号（第７条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費事前申請書（受領委任払） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | 生年月日 | | | | 年　 月　 日 | | | |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | |
| 住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度区分  （該当に○） | | | 要支援 | | | | | 要介護 | | | | | | | | | ※要介護認定の申請中である場合は、受領委任払は適用されません。 | | | | |
| １・２ | | | | | １・２・３・４・５ | | | | | | | | |
| 購入内容 | | | 購入する特定福祉用具の種目 | | | | | | | | | | | | | 購入見積額 | | | | 販売事業所名 | |
|  | | | | | | | | | | | | | 円 | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | 円 | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 円 | | | |
|  | 福祉用具が  必要な理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 東近江市長　様  　　介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給について、関係書類を添えて事前申請します。  また、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給方法を東近江市介護保険福祉用具購入費の受領委任払に関する要綱第２条に規定する受領委任払とすることを申請します。  なお、受領に関する権限は、以下の代理受領者に委任します。  　　　年　　月　　日  　申請者　　　住所  　（被保険者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 届出人 | 住所 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 続柄 | |  |  |  |  |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

受領委任払同意書

　　年　　月　　日

東近江市長　様

代理受領者　事業所番号

所在地

　事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

登録番号

　　上記被保険者が特定福祉用具を購入するに当たり、被保険者に係る介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を委任されることに同意します。