

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入承認申請書(受領委任払用)

フリガナ			保険者番号			4	0	2	1	0	7
被保険者氏名			被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生		性別	男・女							
住所	〒 八女市		電話番号								
販売事業者名			事業者番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	購入金額	購入予定日								
		円	年 月 日								
		円	年 月 日								
		円	年 月 日								
合計		円									
福祉用具が 必要な理由	記入者職名	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員		<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員							
	記入者氏名		所属事業所								
	<input type="checkbox"/> 「居宅サービス計画」の写し添付により省略										
一時的な費用負担が困難な理由											
八女市長 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入の承認を申請します。 年 月 日 申請者 住所 八女市 氏名 電話番号											

注意 ・この申請書に、福祉用具のパンフレット等のコピーを添付してください。  
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内の記載が困難な場合は、裏面に記載してください。  
 必要な理由が記載された「居宅サービス計画」の写しを添付いただいた場合は、記載不要です。

委任状

上記申請承認の上は、福祉用具購入費の受領に関する権限を下記の事業者委任します。

申請者 氏名 (自署) \_\_\_\_\_

事業者 住所 \_\_\_\_\_ ※自署しない場合は記名押印

(販売者) 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_