

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書[受領委任払]

フリガナ						保険者番号	2	8	2	1	9	4
氏名						被保険者番号						
生年月日	大正・昭和	年	月	日		個人番号						
要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5						認定有効期間	/	/	～	/	/	
住所	〒 - 電話番号 - -					三田市						
販売事業者名						事業所番号						
種目コード	TAISコード		購入予定金額 /				購入予定日					
	商品名		必要な理由(記入者：事業所 /氏名)									
	製造事業者名		円 / 令和 年 月 日									
	-		円 / 令和 年 月 日									
	-		円 / 令和 年 月 日									
種目コード一覽												
1 腰掛便座 2 自動排泄処理装置の交換可能部品 3 排泄予測支援機器 4 入浴補助用具 5 簡易浴槽 6 移動用リフトのつり具の部分 7 スロープ 8 歩行器 9 歩行補助つえ												
三田市長 あて 上記のとおり [受領委任払] にて福祉用具購入を行いたいので、事前承認申請をします。結果は、担当者(事業所 /氏名)に通知してください。 また、私の居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を下記の事業者に委任することについて承認を受けたいので、併せて申請します。 令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) (委任者) 氏名										受付印押印欄		
										<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他 (確認先：) <input type="checkbox"/> 基準額超負担了承 ※自署または記名・押印		
三田市長あて 同意書 三田市から支給される上記被保険者にかかる居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領の権限について、私が被保険者から委任を受け、受任することに同意します。 なお、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払分の支給にあたっては、別途届出の口座に振り込んでください。 令和 年 月 日 住所又は所在地 受任者 指定販売事業者名 代表者職氏名												

(三田市記入欄) ※1 サービス計画書とする場合 ※2 購入種目がスロープの場合 ※3 購入種目が排泄予測支援機器の場合

書類確認	<input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 理由書※1 <input type="checkbox"/> 平面図※2 <input type="checkbox"/> 写真※2 <input type="checkbox"/> 確認調書※3											
保険料滞納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		給付制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 償還払化 <input type="checkbox"/> 一時差止 <input type="checkbox"/> 給付額減額								
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5											
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更(介護) <input type="checkbox"/> 更新		有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日								
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割											
利用実績	過年度 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(年度 円()、 年度 円())											
	当年度 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(円()) <input type="checkbox"/> 別件申請中(円())											
実績支給基準額	円		実績支給額	円		課長	副課長		係長			
残支給基準額	円		残支給額	円								
今回支給基準額	円		今回支給予定額	円								
令和 年 月 日	上記支給申請について、次のとおり決定してよろしいか(伺い)										係	保険料
<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 [理由：]												
						完結年月日	令和 年 月 日					