

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
被保険者氏名			被保険者番号						
			個人番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日	生				
住所	〒		三田市		電話番号	-	-		
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名及び 販売事業者名		購入予定金額	円	令和	年	月	日
				円		令和	年	月	日
				円		令和	年	月	日
合計購入予定金額				円					
福祉用具が必要な理由	<input type="checkbox"/> 下記のとおり <input type="checkbox"/> 別紙サービス計画写しのとおり								
上記理由記入者	事業所等名称				担当者名				
居宅介護(介護予防)支援事業者等	事業所名称				担当者名				
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、上記担当者()に通知して下さい。 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 (※) (自署)									

※太枠内の必要事項に記入して下さい。訂正する場合は、二重線で抹消し訂正印を押印して下さい。

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、私が上記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分の支給にあたっては、別途届出の口座に振り込んで下さい。 令和 年 月 日 住所又は所在地 電話番号 (受任者) 指定販売事業者名 代表者職氏名	

【注意事項】 事前承認申請書に下記の書類を添付してください。
 ①当該福祉用具のパフレット
 ②見積書
 ③福祉用具が必要な理由が、サービス計画書に記載の理由とする場合は、当該サービス計画書の写し

(三田市記入欄)

書類確認	<input type="checkbox"/> パフレット <input type="checkbox"/> 見積書 <input type="checkbox"/> 理由書(サービス計画書の場合)				
保険料滞納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 給付制限 <input type="checkbox"/> 償還払化 <input type="checkbox"/> 一時差止 <input type="checkbox"/> 給付額減額				
認定結果	<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 <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 変更(介護)申請 有効期間:令和 年 月 日から令和 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()) 当年度内 <input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 一部利用有 <input type="checkbox"/> 一部別件申請中(円)				
①実績支給基準額	円	②実績支給額	円	備考	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> その他()
③残支給基準額	円	④残支給額	円		(確認先:)
⑤今回支給基準額	円	⑥今回支給予定額	円		<input type="checkbox"/> 基準額超自己負担了承
令和 年 月 日 上記事前承認申請について、次のとおり決定してよろしいか(伺い) <input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認[理由:]					
課長	係長	係	保険料	完結年月日	台帳
				令和 年 月 日	NO.