様式第１号（第４条関係）

筑紫野市介護保険福祉用具購入事前審査依頼書兼受領委任払い承認申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ リ ガ ナ |  | 保険者番号 |  | 4 | 0 | 2 | 1 | 7 | 2 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | 性　　　別 | 男　　　・　　　女 |
| 住所 | 〒 ８ １ ８ －筑紫野市電話番号 |
| 福 祉 用 具 品 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 | 購　入　予　定　日 |
|  |  | 円 | 　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 　　年　　月　　日 |
| 合計金額 | 円 |  |
| 福祉用具が必要な理由 | ※個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。 |
|

|  |
| --- |
| 申請者（被保険者） |

（宛先）　筑紫野市長上記のとおり介護保険による福祉用具購入を行いたいので、筑紫野市介護保険福祉用具購入費の受領委任払いに係る事務取扱要綱第4条第1項の規定により事前審査を依頼するとともに、受領委任払いの承認を申請します。なお、福祉用具購入を行ったときは、福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を下記の事業者に委任します。　年　　　月　　　日住所電話番号氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|

|  |
| --- |
| 事業者 |

（宛先）　筑紫野市長上記申請者に係る福祉用具販売を行ったときは、福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を受任することに同意します。　　年　　　月　　　日所在地電話番号事業者名代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者番号（　　　　　　　　　） |
| 添付書類　1 見積書　 2 福祉用具の概要を記載した書類（パンフレットの写し等） |