

介護保険福祉用具購入費受領委任払承認申請書【事前】

保険者番号	中津市 4 4 2 0 3 8	個人番号																			
フリガナ											被保険者番号	0 0									
被保険者氏名 (申請者)											生年月日				負担割合 ※						
	明・大・昭										年	月	日	割							
住所 ※	電話番号																				
要介護度等 ※	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> [月 日 付 <input type="checkbox"/> 新規・更新申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中]																				
種目名	商品名				製造事業者名				購入予定額				備考								
									円												
									円												
									円												
									円												
販売事業者名 (受任者)												受領委任 払事業者 番号		H							
必 福 社 な 用 具 が 理 由 が	書類	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書及び課題整理総括表 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス計画書及び生活機能評価表 上記福祉用具が必要な理由については、ケアプラン等に記載の通りです。 ※ケアプラン作成担当者がいない場合は、ケアプラン等に代わり別紙理由書を作成添付してください。 その場合、下枠には福祉用具専門相談員の氏名等を記入してください。																			
	プラン 成 者 等	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成担当者				事業所名															
		<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員				電話番号				-				-							
<input type="checkbox"/> その他()				職員氏名																	
中津市長 あて 上記受任者の同意のもと、関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入に係る受領委任払い について申請します。ただし、上記の※欄は福祉用具購入予定日時点の情報です。 なお、中津市が保険給付の適正な執行について調査を行う場合は、協力することに同意します。 年 月 日 被保険者氏名(申請者)																					

注意・[特定福祉用具販売計画書]及び[商品が確認できるカタログ等]を添付してください。
 ・特注の場合は、見積書や金額の確認できる資料等が別途必要となります。
 ・ケアプラン(居宅サービス計画書または介護予防サービス計画書)の写しを添付してください。
 ・別紙理由書は、特別に説明が必要な場合(過去に同一商品を購入した等)に添付してください。
 ・課題整理総括表または生活機能評価表は、同様の様式を用いることもできます。

中津市 記入欄	保険料滞納 有・無	生活保護 有・無	同一商品購入 有・無	入所入院 有・無	上限額超 有・無	不備	ケアプラン等 有・無	事業者資格 有・無	福祉用具計画 有・無	商品確認資料 有・無
支給限度額 (A)	既支給額 (B)	上限額 (C) = (A) - (B)	支給予定対象額 (D) 購入予定額×支給割合	支給予定額 (C)と(D)の小さい方	受付印枠 市提出日 月 日					
100,000										
円	円	円	円	円						
承認決定 可・不可	備考	決 裁	課長	主幹	担当(正・副)					
決定年月日 年 月 日										

