

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払い承認申請書[事前提出用]

フリガナ											保険者番号						4	0	2	1	6	4	
被保険者氏名											被保険者番号	0	0										
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女																	
住所	〒										介護度	支援1・2 介護1・2・3・4・5											
	電話番号																						
現在の状況 ※該当に○	在宅				入所中 退所予定日：年 月 日				入院中 退院予定日：年 月 日														
受領委任払いを受ける福祉用具販売業者																							
登録販売業者名																							
代表者氏名											印	受領委任払い 取扱事業所 登録番号											
住所	〒										TEL												
<p>小郡市長 様</p> <p>上記のとおり居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領委任払いによる支給の承認を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所 電話番号</p> <p>申請者</p> <p>(被保険者本人) 氏名 印</p>																							

※小郡市介護保険課記入欄

負担割合	未納保険料	滞納状況				福祉用具販売業者の登録						
割	有・無	年度 期 ~ 年度 期		納付誓約 有・無		有・無						
要介護度	審査結果				担当	係長	課長					
	承認・不承認											
上記の通り、決定・通知してよろしいか伺います。 決裁年月日										年	月	日