

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 ※受領委任払いは在宅 の方のみ申請可能		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													
小郡市長 様													
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。													
年 月 日													
〒													
住所				電話番号									
申請者													
(被保険者本人) 氏名													
印													

※市記入欄

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							