

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事前承認申請書

フリガナ			保険者番号			2	7	2	1	6	1
被保険者氏名 (甲)			被保険者番号								
生年月日			年	月	日	生					
住所	〒								電話番号()		
購入種目	福祉用具名(商品名)	製造事業者	購入予定金額		購入予定日						
		販売事業者名(乙)									
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
			円		年 月 日						
総費用額			円	申請者負担額		円					

(宛先) 河内長野市長

上記内容の特定福祉用具購入に伴う、河内長野市から支給される介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給に関する受領権を下記の同意ある事業者委任することについて承認を受けたいので申請します。

年 月 日

住所

電話番号()

申請者
(甲) 氏名

受取人(販売事業者)の同意書兼口座振込依頼書

上記内容の特定福祉用具購入に伴う、河内長野市から支給される被保険者 様に係る介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領権限については、私が被保険者からの委任を受けることに同意します。なお、支給に当たっては、下記の金融機関に口座振替払いしていただくように依頼します。

年 月 日

(宛先) 河内長野市長

受任者
(乙) 所在地
名称
代表者氏名

口座振替 依頼欄	銀行 農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号	
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他		
	フリガナ 口座名義人				

市(保険者)記入欄

区分	保険料納付状況	実績	認定情報		
1 一般	滞納保険料 有・無	有・無 (残額) 円	介護度	負担割合	認定有効期間
2 支払方法の変更	給付制限の有無 有・無	同一種目の申請状況 有・無	支介	割	~
3 給付額減額					