

様式第3号（第4条関係）

介護保険福祉用具購入費事前承認申請書（受領委任払い用）

フリガナ		保険者番号	
被保険者氏名		個人番号	
		被保険者番号	
生年月日	年 月 日	性別	男・女
住所	白浜町 (電話番号)		
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 販売事業者名	購入予定金額	購入予定日
		円	平成 年 月 日
		円	平成 年 月 日
		円	平成 年 月 日
福祉用具が必要な理由			
介護支援専門員 事業所・氏名			
<p>白浜町長 様</p> <p>上記のとおり受領委任払いにおいて福祉用具購入を行いたいので承認願います。 なお、事前承認後、内容に変更が生じた場合は速やかに届け出ます。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者（被保険者） 住 所 白浜町 氏 名 ⑩ 電話番号</p>			

※ 注意 「福祉用具が必要な理由」については、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。

※ 添付書類

- (1) 介護保険福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払い委任状兼口座振替申出書
- (2) 介護保険福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払い同意書
- (3) 福祉用具見積書及びパンフレット

様式第1号（第4条関係）

介護保険福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払い委任状兼口座振替申出書

白浜町長 様

（委任者） 住 所 白浜町
氏 名 _____ 印

私が白浜町より受領すべき介護保険の（福祉用具購入費・住宅改修費）の受領の行為を下記の者に委任します。

平成 年 月 日

（受任者）販売及び施工事業者 所在地
名 称
代表者名 _____ 印

口 座 振 替 申 出 書

白浜町より受ける介護保険の（福祉用具購入費・住宅改修費）の受領の委任を受けましたので、その支払金を下記口座に振り替えてください。

年 月 日

白浜町会計管理者 様

販売及び施工事業者 所在地
名 称
代表者名 _____ 印
担当者名 (_____)
連絡先 (電話 _____)

金融機関名			
口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
口座名義人			

介護保険福祉用具購入費・住宅改修費受領委任払い同意書

白浜町長 様

平成 年 月 日

（被保険者氏名）様が、介護保険の福祉用具購入・住宅改修を利用するにあたり、下記の通り受領委任払いにより取り扱うことに同意します。

※ にチェックしてください。

福祉用具購入費

福祉用具販売後、上記被保険者から居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の保険対象となる費用の1割を受領後、被保険者に領収書を発行し、当該購入費用の保険給付費については、白浜町に請求を行い受領します。

住宅改修費

住宅改修後、上記被保険者から居宅介護（介護予防）住宅改修費の保険対象となる費用の1割を受領後、被保険者に領収書を発行し、当該購入費用の保険給付費については、白浜町に請求を行い受領します。

<受領委任払い実施事業者の遵守事項>

1. 関係法令等を遵守するとともに、被保険者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、当該被保険者の心身等の状況に応じ、適切な福祉用具販売又は住宅改修を行うよう努めます。
2. 福祉用具販売又は住宅改修を行うにあたっては、白浜町、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護支援専門員等、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
3. 関係法令、要綱、この遵守事項等に違反し、その是正等について白浜町から指導を受けたときは、直ちにこれに従います。
4. 被保険者からの苦情又は相談があった場合においては、必要に応じて事実関係を確認するための訪問等を行い、被保険者の立場を考慮しながら、円滑かつ迅速に苦情処理を行います。その他、事業者において処理しえない内容についても、行政窓口等関係機関との協力により適切な対応方法を検討し、対処します。
5. 業務上知り得た被保険者及びその家族の秘密を保持します。

販売及び施工事業者 所在地
名称
代表者名 (印)
担当者名 ()
連絡先 (電話)