

様式第1号（第3条関係）

## 介護保険福祉用具購入費受領委任払承認申請書

（宛先）箕面市長

私は、介護保険福祉用具購入費の請求及びこれに基づく給付金を受領する権限を下欄の事業者に委任し、受領委任の承認を受けたいので申請します。

なお審査の結果、不承認となった場合は、福祉用具購入費の支給が償還払となることを承諾します。

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

（被保険者） 氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被保険者番号（ \_\_\_\_\_ ）

### 事業者の同意書

箕面市から支給される上記被保険者に係る介護保険福祉用具購入費の請求及びこれに基づく給付金の受領に関する権限について、被保険者から委任を受けることに同意します。

年 月 日

事業者 所在地 \_\_\_\_\_

名称 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

事業者番号 \_\_\_\_\_

### 【承認の要件】

介護保険料に未納がなく、給付制限を受けていない方に限ります。

市記入欄

保険料の納付状況	審査結果				
未納保険料 有 ・ 無 滞納保険料 有 ・ 無	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認 (理由)				
上記のとおり決定してよろしいか。 年 月 日	室長	参事	参事	参事	担当