

介護保険居宅介護福祉用具購入費等の受領委任に関する確認書

フリカゝナ		被 保 険 者 番 号							
被保険者氏名									
生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日	性 別		男 ・ 女					
住 所	電話番号								
要介護状態区分	要支援 1・2・経過的要介護・要介護 1・2・3・4・5								
認定有効期間	年 月 日 ~				年 月 日				
費 用 額 (保険給付対象分)	円		内利用者負担額			円			
			保 険 給 付 額			円			

1 上記の被保険者が福祉用具購入費の受領委任払いを利用するにあたり、被保険者及び家族との間において下記事項について確認し、同意を得たことを届け出ます。

確認事項

- (1) 要介護（要支援）認定を受けていること。（認定申請中でないこと）
- (2) 保険料滞納による給付制限を受けていないこと。
- (3) 居宅介護（支援）福祉用具購入費支給限度基準額を使い切っていないこと。
- (4) 介護保険施設又は医療機関に入所・入院中でないこと。
- (5) 福祉用具を購入する事業者から受領委任の合意を得ていること。

2 上記の被保険者が福祉用具購入費の受領委任払いを円滑に利用するため、当介護支援専門員が下記の事項について責任を持って行うことを確約します。

- (1) 受領委任払いの利用に関し、サービス事業者と必要な連絡調整を行うこと。

石巻市長 様

令和 年 月 日

届 出 者 住 所

(指定居宅介護 事業所名

支援事業所) 電話番号

介護支援専門員氏名

㊞

(被保険者同意欄)

介護保険居宅介護福祉用具購入費等の受領委任払制度を利用するにあたり、上記記載の確認事項について同意します。

被保険者氏名

㊞

委任状

代理人

住 所

事業所名

代表者名

㊟

私の介護保険居宅介護福祉用具購入費等に係る給付費を受領する権限を上記の者に委任します。

令和 年 月 日

委任者

住 所

氏 名（被保険者）

㊟

委任者が _____ のため代筆 代筆者 _____