

介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費・住宅改修費 受領委任状

フリガナ			保険者番号	1 4 2 1 4 1		
被保険者氏名			被保険者番号			
生 年 月 日	明・大・昭	年		月		日生
住 所	〒		TEL ( ) -			
<p>伊勢原市長 殿</p> <p>保険給付費の支給について、次の事業者を代理人として定め、給付金の受領の権限を委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 TEL ( ) -</p> <p>(被保険者) 氏名</p> <p>(申請者が自署できない場合は、記名押印をしてください)</p>						
受 任 事 業 者						
代 表 者 名						
受任事業者所在地	〒		TEL ( ) -			
福祉用具名（種目名及び商品名） 又は住宅改修箇所	製造事業者及び販売事業者名 （住宅改修の場合は記入不要）	販売金額（総額） 改修金額（総額）				
		円				
		円				
		円				
		円				

市記入欄	購入（改修）回数	介護度	認 定 期 間

※事業者の方へ

この申請書に次の書類を添えて提出してください。

見積書 及び [ 福祉用具購入の場合…カタログ等の写し ]  
[ 住宅改修の場合 …工事内訳書等 ]

利用者負担額は、負担割合証を必ず確認してください。

※支給限度額 ○住宅改修費

1 住宅 1 被保険者当たり 20 万円まで

○福祉用具購入費

毎年度 4 / 1 ~ 3 / 31 までの間で 1 被保険者当たり 10 万円まで

