

様式第2号（第4条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任状

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女						
要介護状態区分	要支援1・要支援2 要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5								
住所	〒 電話番号 ( )								
<p>小田原市長 様</p> <p>私に係る、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給について、下記の事業者を代理人とし、受領の権限を委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 (被保険者) 電話番号 ( )</p> <p>氏名 ⑩</p>									
<p>所在地</p> <p>電話番号 ( )</p> <p>受任事業者 (販売事業所) 事業者名</p> <p>代表者職氏名</p>									

※ 注意

- ・受領委任払いを希望する場合は、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書に、この受領委任状及びその他必要書類を添付して市に提出してください。
- ・次のいずれかに該当する場合は、受領委任払いを適用しません。
  - (1) 介護保険法第66条第1項に規定する支払方法変更の決定を受けているとき
  - (2) 介護保険法第67条第1項及び第68条第1項に規定する保険給付差止の決定を受けているとき
  - (3) 介護保険法第69条第1項に規定する給付額減額等を受けているとき
- ・上記の場合以外で、市が受領委任払いを適用しないと判断した場合は、速やかに被保険者及び事業者にその旨を連絡します。