

様式第7号(第10条関係)

介護保険福祉用具購入費受領委任払いに係る委任状

年 月 日

田上町長 様

委任者 (被保険者)	被保険者番号	
	氏名	Ⓜ
	住所	〒 —

私は、次の者に保険給付費の代理受領に関する一切の権限を委任します。

また、受領委任払いに係る保険給付費について次の者に通知することに同意します。

受領委任払い取扱事業所登録番号							
受任者 (事業者)	事業者名称						
	代表者	Ⓜ					
	所在地	〒 —					
	事業所名称				電話番号		
振込先	金融機関名				店舗名		
	口座種目	普通・当座			口座番号		
	口座名義人	フリガナ					
A 保険適用総費用見込額(支給限度基準額を超える場合は10万円)							円
代理受領見込額	利用者負担が1割の場合(A×0.9)						円
	利用者負担が2割の場合(A×0.8)						円
	利用者負担が3割の場合(A×0.7)						円