

様式第 1 号(第 3 条関係)

伊根町介護保険給付費受領委任払取扱届出書

令和 年 月 日

伊根町長 様

所在地

届出者 名 称

代表者

印

伊根町介護保険における保険給付費の受領委任払実施要綱第 3 条の規定により、次のとおり受領委任払の取扱いを受けたいので届け出ます。

| | | |
|----------|-----------------|--------|
| 保険給付費の種類 | 福祉用具購入費 ・ 住宅改修費 | |
| 法人の名称 | | |
| 事業者の所在地 | | |
| 事業者の名称 | | |
| 代表者の職・氏名 | 職名 | 氏名 |
| 連絡先 | 電話番号 | FAX 番号 |
| 備考 | | |

(注) 1 保険給付費の種類については、該当するものを○で囲んでください。

2 備考欄には、介護保険における事業者番号を取得している場合はこれを記載してください。

当該受領委任払に係る保険給付費は、次の口座に振り込み願います。

| | | |
|--------------|---------------|----------|
| 金融機関名 | | 本店 支店 |
| 預金種目・口座番号 | 普通 ・ 当座 ・ その他 | |
| フリガナ 口座名義 | | |