

伊根町介護保険給付費受領委任払承認申請書

被 保 険 者	被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和
	フリガナ			年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所			

受 領 委 任 払 を 行 う 保 険 給 付 費	保 険 給 付 費 の 種 類	福祉用具購入費・住宅改修費
	受領委任払適用前の 利用者負担額(①)	
	保 険 給 付 費 の 額 (②)	
	利 用 者 負 担 額 (①－②)	
	備 考	

上記の保険給付費を受領委任払により受給したいので、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 5 条第 1 項の規定により申請します。また、当該保険給付費の受領に関する権限について、下欄の受任者に委任します。

令和 年 月 日

住 所

申請者

(委任者)

氏 名

印

電話番号

伊根町長 様

受 任 者 (事 業 者)	上記の保険給付費の受領に関する権限について、委任を受けることに同意します。	
	所在地	
	名 称	
	代表者	印

(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、保険給付費の種類について、福祉用具購入費にあつては福祉用具を購入した日を、住宅改修費にあつては改修工事の着工日を記入してください。
3 この申請書は、当該保険給付費の支給申請書に添えて提出してください。