

様式第7号(第10条関係)

介護保険住宅改修費等受領委任払いに係る委任状

年 月 日

色麻町長 様

委任者(被保険者)		被保険者番号									
氏名	Ⓜ 電話番号										()
住所	〒 ー										

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。

代理受領者(事業者)		受領委任払い取扱い事業所登録番号					色受委第 号	
事業者名称								
代表者		Ⓜ 電話番号					()	
所在地		〒 ー						
事業所の名称								
振込先	金融機関名				店舗名			
	口座種別	普通 ・ 当座			口座番号			
	口座名義人	フリガナ						
サービスの種類		<input type="checkbox"/> 住宅改修費 <input type="checkbox"/> 介護予防)特定福祉用具販売						
保険適用総費用見込額(支給限度基準額を超える場合は、住宅改修費20万円又は福祉用具購入費10万円)…A					円			
代理受領見込額(A×0.9) ※ 小数点以下切捨					円			