

※受領委任払を利用の場合に提出が必要です。

令和 年 月 日

受領委任払用委任状

豊能町長 様

受領委任払による支給に同意した受任者（振込先口座名義人）	
所在地	〒 電話番号（ ） ー
事業者名	
代表者名	Ⓜ
事業者番号	あり（ ） ・ ※なし ※住宅改修業者で都道府県の指定を受けていない場合

私は上記の者を受任者として、豊能町から支給される以下の受領に関する権限を委任します。（いずれか該当する方にチェックを入れる）

- 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費
- 介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費

なお、受領委任払を利用するための要件（介護保険料の未納がなく、給付制限を受けていないこと）を満たしていないことが判明した場合には、事業者（受任者）に対し残額を支払ったうえで、償還払として改めて申請することに同意します。

委任する人（介護保険の被保険者本人）	
住所	〒 電話番号（ ） ー
氏名	Ⓜ