

## 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

中標津町長 様

委任者 (被保険者)	被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		
	氏名	⑩																		
住所	〒 - 中標津町																			

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、次の者に支給決定(不支給)の通知をすることを同意します。

サービスの種類		居宅介護(介護予防)福祉用具購入費 ・ 居宅介護(介護予防)住宅改修費					
受任者 (事業者)	事業者名						
	代表者名	⑩					
	所在地	〒 -					
	電話番号						
振込先	金融機関名			本・支店名			
	口座種目	当座 ・ 普通		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、住宅改修費 20万円又は福祉用具購入費 10万円)							円
代理受領見込額 ( A × 0.9 )							円