

受領委任払い同意書

平成 年 月 日

住所

申請者

氏名

㊞

電話番号 () -

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書に基づく給付費の受領に関する権限を下記の福祉用具販売事業所に委任します。

上記申請に係る福祉用具購入費の受領について同意し、下記の福祉用具を販売した事を証明します。
なお、給付費は、下記口座に振り込んでください。

福祉用具販売事業所

所在地

名称

代表者

㊞

電話番号 () -

振込先口座

銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	口座種目	口座番号			
		普通 当座 その他				
フリガナ			金融機関コード		支店コード	
口座名義人						

販売福祉用具

販売用品					
販売価格(10割)						円
本人負担分(1・2割)						円 (1円未満切り上げ)
販売日	平成	年	月	日		