

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

委任者 (被保険者)	被保険者番号
	氏名	印
	住所	〒 ー 電話番号

私は、次の者に保険給付費の申請及び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を同意します。

サービスの種類	1 居宅介護住宅改修 2 介護予防住宅改修 3 居宅介護福祉用具購入 4 介護予防福祉用具購入	
受領委任払い取扱事業者番号		
受任者 (事業者)	事業者名称	
	代表者氏名	印
	事業者所在地	〒 ー 電話番号
保険適用費用額(A)	円	
代理受領額(B) A×(10割－自己負担割合) (1円未満切り捨て)	円	
自己負担額(割)(A－B)	円	

※添付書類 自己負担額分の領収書