別記様式(第4条関係)

介護保険給付費等受領委任払いに係る委任状

年　　月　　日

(あて先)木古内町長　様

委任者(被保険者)	被保険者番号	
	氏　　名	印
	住　　所	〒　　—

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に同意します。

サービスの種類	居宅介護又は介護予防福祉用具販売・居宅介護又は介護予防住宅改修			
受任者(事業者)	事業者名称			
	代　表　者	印		
	所　在　地	〒　　—		
	事業所名称		電話番号	
振込先	金融機関名		店　舗　名	
	口座種目	普通　・　当座	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								円