

介護保険受領委任払いに係る委任状

横手市長 様

| | | | | | | | | |
|--|--------------------------|----|----|----|--|--|--|---|
| 被保険者 (委任者) | 被保険者番号 | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | |
| | 負担割合 | 1割 | 2割 | 3割 | | | | |
| サービスの内容 | 1. 特定福祉用具購入 2. 住宅改修 | | | | | | | |
| A. 総費用額 | | | | | | | | 円 |
| B. 保険適用総費用額 <small>(Aが支給限度基準額を超える場合、 福祉用具購入費は10万円、住宅改修費は20万円)</small> | | | | | | | | 円 |
| C. 保険給付予定額 (B×0.9* 端数切捨) <small>※負担割合が2割の場合、0.8を乗じて算出する ※負担割合が3割の場合、0.7を乗じて算出する</small> | | | | | | | | 円 |
| 自己負担額 (A-C) | | | | | | | | 円 |

私は、上記の介護（予防）サービス費の給付に関し、次の者に保険給付費の代理受領に係る一切の権限を委任いたします。

令和 年 月 日

委任者氏名 (自署して下さい) _____

| | | | | | | | | |
|--------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 受任者 (事業者) | 受領委任払い 事業者登録番号 | | | | | | | |
| | 事業者名称 | | | | | | | |
| | 代表者 | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | |