様式第7号（第7条関係）

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

（宛先）南伊勢町長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者（被保険者） | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 住　　所 | 〒－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 | □住宅改修費　　　□(介護予防)特定福祉用具販売 |
| 受領委任払い取扱事業者登録番号 |  |
| 受任者（事業者） | 事業者名称 |  |
| 代表者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 事業者所在地 | 〒－電話番号　 |
| 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） |  |
| 代理受領見込額（Ａ×※）（１円未満は切り捨て） |  |
| 自己負担見込額 |  |

　※負担割合証を確認の上計算してください。