

介護保険給付費受領委任払い承認申請書

年 月 日

伊予市長 様

申請者	フリガナ		被保険者番号							
	氏名									
	住所	伊予市								

伊予市長 様

年 月 日

介護給付費受領委任払い制度の適用について申請します。

なお、申請にあたり、世帯等の個人住民税の課税状況を担当職員が確認することに同意いたします。

また、下記委任払いによる受領について異議が生じても、責任を持って両者が解決します。

住所 (被保険者名)

住所 (代表者名)

氏名

氏名

署名又は記名押印

契 約 書

年 月 日

〔委任する人（申請者）〕私（甲）は、（乙）を代理人と定め、下記の権限を委任します。

住所

甲（被保険者名）

氏名

〔委任される人（代理人）〕私（乙）は、下記の権限を受任します。

住所

乙（代表者名）

氏名

署名又は記名押印

委任事項（該当項目を選択し、該当年月を記入）

☐ 年 月分 居宅介護（居宅支援）福祉用具購入費の受領に関すること。

☐ 年 月分 居宅介護（居宅支援）住宅改修費の受領に関すること。

伊予市記入欄	介護保険給付費受領委任払い承認（非承認）通知書	
	上記委任事項に係る、介護保険給付費の受領委任を	
	年 月 日	
	☐ 承認	伊予市長

します。

☐ 非承認