介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費請求書・代理受領委任状

矢板市長　様

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費として次の金額を請求します。

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費

（介護保険適用額の１００分の９０～７０の額）　　　　　金　　　　　　　　　　円

令和　　　年　　　月　　　日

請求者

住所　　〒　　　　－

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

　　　　　　　※本人が手書きしない場合は、**記名押印**してください。

電話番号

　私は、下記の者を代理人と定め、上記の介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費の受領に関する一切の権限を委任します。

代理人

住所　　〒　　　　－

名称

代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

電話番号

販売事業者番号

上記　介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給額を下記の口座に振り込んでください。

振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | | | | | |
| 本支店名 |  | | | | | | |
| 口座種目 | 普通　・　当座 | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  口座名義人 |  | | | | | | |