

(様式第1号)

介護保険福祉用具購入費受領委任払承認申請書

申請者	フリガナ		被保険者番号																	性別	男 ・ 女
	氏名																				
	住所																				
	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日	電話番号	()														

年 月 日

沼田市長 様

介護保険福祉用具購入費の受領委任払いについて、承認いただきたく申請します。
 なお、受領に関して問題が発生した場合は、責任をもって両者が解決します。

○被保険者	○販売業者
住所	所在地
_____	_____
氏名	名称
_____	_____
	代表者
	氏名

振込先口座 (販売業者)	銀行 信用金庫 協同組合	本店 支店 出張所	口座区分	口座番号											
			普通 ・ 当座 ・ その他												
	フリガナ														
	口座名義														

委 任 状

年 月 日

私が沼田市から支払いを受ける居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を次の者に委任します。

○委任者(被保険者)	○受任者(販売業者)
住所	所在地
_____	_____
氏名	名称
_____ (印)	_____
	代表者
	氏名

※市使用欄

滞納の有無	無 ・ 有	※所見
給付制限	無 ・ 有	