

受領委任払承認申請書兼誓約書兼同意書

令和5年 4月 1日

朝来市長 様

介護保険受領委任払の利用を受けたいので、朝来市介護保険給付における受領委任払事務取扱要綱第4条第1項の規定により申請します。

被保険者番号	1 0 0 0 0 0 0 0 0 0										
被保険者氏名	フリガナ <b>アサゴ タロウ</b>										
	<b>朝来 太郎</b> (署名されないときは記名押印してください。)										
住所	〒 <b>669-5292</b> <b>朝来市和田山町東谷 213 番地 1</b>										
電話番号	<b>079-672-6124</b>					E-mail	<b>kounen@city.asago.lg.jp</b>				
利用サービスの種類	1. 福祉用具の購入 ・ <b>2. 住宅改修</b>										

ご確認ください。

無ければ記入不要

[ 誓約書 ]

上記申請に当たり、介護保険料を滞納していないこと、及び介護保険法第69条第1項の規定による給付減額を受けていないことを誓約します。

下記の事業者を代理人として定め、受領に関する権限を委任します。下記事業者との間で受領に関する異議が生じても、両者が責任を持って解決します。

令和5年 4月 1日

被保険者氏名(署名) 朝来 太郎

[ 同意書 ]

この申請による上記被保険者の介護給付費の受領に関する権限については、私が被保険者から委任を受け、受任することに同意します。

上記被保険者との間で受任に関する異議が生じても、両者が責任を持って解決します。なお、支給に当たっては、受領委任払に係る指定振込口座に振り込みしてください。

令和5年 4月 1日

登録事業者に限られます。

所在地 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○  
 事業者名 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○  
 代表者氏名 ○○○○○○○○○○○○○○○○○○

(署名されないときは記名押印してください。)

(保険給付額)

ご確認ください。(市記入欄)

工事・購入費総額	介護保険適用額	自己負担額	請求額
250,000 円	200,000 円	10,000 円	190,000 円

承認の可否
<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認

市の記入欄のため記入は不要です。