

様式第7号(第9条関係、第10条関係)

八頭町介護保険住宅改修費等に係る受領委任払い委任状

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--------|--------|--|----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ | | 保険者番号 | 313296 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | |
| | | 生年月日 | 年 月 日生 | | 性別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | | |
| 認定区分 | 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業の種類 | 特定福祉用具購入 ・ 住宅改修 | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>八頭町長 様</p> <p>八頭町介護保険住宅改修費等に係る受領委任払いに関する要綱に基づき、保険給付費を受領する権限を以下の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 申請者 氏名 電話番号 印</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: right;">住所 受任事業者名 代表者氏名 電話番号 印</p> | | | | | | | | | | | | | | | |

※ 注意

- ・ 次のいずれかに該当する場合は、受領委任払いを適用しません。
 - (1) 介護保険法第66条第1項に規定する支払方法変更の決定を受けているとき。
 - (2) 介護保険法第67条第1項及び第68条第1項に規定する保険給付差止の決定を受けているとき。
 - (3) 介護保険法第69条第1項に規定する給付額減額を受けているとき。
 - (4) 前条の承認のために提出された書類に偽りその他不正の記載があったとき。
- ・ 受任事業者の印は、介護保険給付費の受領委任払い登録申請書に使用したものと同一印を使用してください。