

委 任 状

年 月 日

米 沢 市 長 様

委 任 者
(被保険者)

住 所

氏 名

被保険者
番 号

電話
番 号

私は、介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請に基づく給付費の受領の権限について、下記の者（受任者）に委任いたします。

受 任 者
(販売店)

住 所

事業者名

代表者名

電話番号

私は、上記の給付費の受領について受任いたします。

口座（金融機関名、口座種目、口座番号、口座名義人）は、
支給申請書の口座振替依頼欄に記載したとおり

※ この委任状は、介護保険給付分を被保険者から委任を受託した事業者等が受領する場合、
支給申請書に添付していただく書類です。

※ 受任者は、委任者から支給申請書の提示を受け口座振替依頼欄の口座番号は右詰めで、
金融機関コードは省略していただいて結構ですが、店舗コードは必ず記入し口座名義人の
フリガナは通帳記載と同じ記載をしてください。

※ 受任者(販売店)への給付費の振り込みは1～2か月を要します。