

受領委任払い同意書

令和 3 年 7 月 6 日

**アパート名等も省略せずに
ご記入ください。**

住 所 安城市桜町 1 8 番 2 3 号

※被保険者の方

申請者

氏 名 安城 太郎

電話番号 (0 5 6 6) 7 6 1 1 1

⑨

※該当する方にチェックを入れてください。

シャチハタ印は不可！

☒ 介護保険居宅介護(介護予防)住宅改修費支給申請書

☐ 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

に基づく給付費の受領に関する権限を下記の事業者に委任します。

上記申請者に係る給付費の受領について同意します。

なお、給付費は、申請書に記載の口座に振り込んでください。

事業者 所 在 地 安城市桜町 1 8 番

名 称 株式会社安城市建設

代 表 者 代表取締役 安 一郎

電話番号 () ー