

様式第3号（第10条関係）

柏原市代理受領に係る福祉用具購入費支給請求書及び口座振込依頼書

柏原市長 様

支払請求額			万	千	百	十	円
-------	--	--	---	---	---	---	---

令和 年 月 日付で支給決定を受けた福祉用具購入費の支給を請求します。なお、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

令和 年 月 日

被保険者

氏 名 _____

請求者（本人・相続人代表者・法定代理人）該当する箇所に○を付けてください。

(委任者) 住 所 _____

氏 名 _____ (印)



上記の受領の権限を受任しました。なお、私は柏原市の「介護保険代理受領事業者」の登録事業者であり、支払については「介護保険代理受領事業者登録届出書」にて指定しております口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

住 所 _____

事業者

(受任者) 名 称 _____ (印)



代表者氏名 _____ (印) (法人)