様式第１号（第４条関係）

宇城市介護保険福祉用具購入費受領委任払承諾書

年　　月　　日

宇城市長　様

所在地

名　　称

代表者名

電話番号

受任者

私は、委任者である　　　　　　　　（被保険者名）

（被保険者番号）の福祉用具購入費の受領について、下記事項について同意し、受領委任払に応じることを承諾します。

記

（１）　福祉用具購入費については、保険給付分を除いた自己負担額の支払を委任者から受領すること。受領後は、委任者へ当該負担額の領収書を速やかに発行すること。

（２）　受任者が受け取るべき保険給付の支給に当たっては、宇城市の支給方法に従うこととする。