

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  
受任者 名称  
代表者名  
電話番号

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。