

委任状

年 月 日

土佐清水市長 様

私（委任者）は、土佐清水市の訪問介護・（介護予防）訪問入浴介護・（介護予防）訪問看護・（介護予防）訪問リハビリテーション・通所介護・（介護予防）通所リハビリテーション・（介護予防）福祉用具貸与・（介護予防）短期入所生活介護・（介護予防）短期入所療養介護・（介護予防）居宅療養管理指導・（介護予防）認知症対応型共同生活介護・（介護予防）小規模多機能型居宅介護・（介護予防）認知症対応型通所介護・第1号訪問事業・第1号通所事業・介護予防生活支援員派遣事業・地域密着型通所介護における利用者負担の助成について、下記の受任者に請求及び受領に係る権限を委任します。

委任者（サービス利用者ご本人）

被保険者番号

住 所 土佐清水市

被保険者

氏 名

印

電話

受任者（サービス提供事業者）

住 所

氏 名

印

電話

委任する期間

年 月 日から

年 月 日まで

受任者の口座

振込先金融機関	銀行・信用金庫・農協	
	支店	
預金種目	普通預金 ・ 当座預金	
振込口座	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

※サービスを利用する際に助成認定証と一緒に事業所に提出してください。