式第５号（第８条関係）

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）訪問ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ・通所介護・（介護予防）通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ・（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。