

(別紙 3)

代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状

米原市福祉事務所長 様

平成 年 月 日付け第 号で支給決定を受けた（補装具名 ）の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、補装具費の支払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

補 装 具 価 格 （ 基 準 額 ） ※差額自己負担等、補装具費の対象とならないものは除く。	円
利 用 者 負 担 額	円
補 装 具 費 請 求 額	円

平成 年 月 日

請求者兼委任者 住 所 _____
(障害者又は障害児の 氏 名 _____
保護者) (印)

捨
印

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、登録の口座に振り込んでください。

平成 年 月 日

受任者 住 所 _____
名 称 _____
(事業者) 代表者氏名 _____ (印)

捨
印