様式第３号（第６条関係）

受領委任払い同意書

年　　月　　日

申請者　　住　　所

氏　　名

電話番号（　　　　）　　　　－

この申請に係る介護給付費の受領に関する権限を下記の事業者に委任します。

　　上記申請者に係る介護給付費の受領について同意します。

　　なお、介護給付費は事業者登録の口座に振り込んでください。

登録番号

所在地

事業者

代表者

電話番号（　　　　）　　　　－