

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（ ） _____