

委任状

(介護保険福祉用具購入費受領委任払用)

受任者 (販売業者)	所在地	久留米市城南町15番地3 電話番号 0942(30)9036
	販売業者名称 及び 代表者氏名	株式会社長寿福祉用具センター 代表取締役 長寿 一郎
委任 事項	1 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の請求に関すること。 2 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関すること。	
保険給付額 (9割～ 7割)	46,656 円	

上記のとおり委任いたします。

日付記入不要

年 月 日

(購入合計額) - (自己負担合計額)を
記入してください。

例) 購入合計 51,840 円

自己負担合計 5,184 円

→保険給付額 46,656 円

委任者 住所 久留米市 **城南町123番地4 健康第3ビル707号**
(被保険者)

氏名

久留米 太郎

※ 氏名は戸籍上の氏名をご記入ください。

久留米市長 宛て

請求書

金額	百億	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	円
						¥	4	6	6	5	6

(金額の頭部には¥をお書きください。)

上記の金額を請求します。

年 月 日

(請求先)

日付記入不要

久留米市長

〒 830 - 0022

住所

久留米市城南町15番地3

(フリガナ)

株式会社 長寿福祉用具センター

氏名

代表取締役 長寿 一郎

TEL

0942(30)9036

件名 介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費
 被保険者氏名： 久留米 太郎

支払方法：口座
振替口座

使用印鑑・振込口座届出書(第1号様式別紙4)で届出を行った口座を記入してください。

金融機関名	福岡第一 <small>銀行 信用金庫 信用組合・農協</small> 久留米 <small>支店 支所</small>
預金種別	1：普通 2：当座 3：貯蓄
口座番号	1 2 3 4 5 6 7 (右づめでお願いします。)
フリガナ 口座名義 (通帳のとおりフリガナも記入してください。)	カ) 千 ヲ ウ シ ッ ヲ フ ク シ ヲ ウ ク セ ン タ ー (漢字でご記入ください。) 株式会社 長寿福祉用具センター

(注) 1 会社その他の法人については、法人名および代表者名を記入してください。

2 口座名義の記入例 カ) ク ル メ カ ッ キ