

目黒区介護保険居宅サービス等利用者負担額
軽減事業に係る受領委任払委任状

目黒区長あて

年 月 日

私、

--

は、下記の者から、

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護 | <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問入浴介護 |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問看護 | <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問リハビリテーション |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護 | <input type="checkbox"/> (介護予防)通所リハビリテーション |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護 | <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護 |
| <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)認知症対応型通所介護 | <input type="checkbox"/> (介護予防)小規模多機能型居宅介護 |
| <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 | <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 |
| <input type="checkbox"/> 介護予防・日常生活支援総合事業の一部サービス | |

の提供を受けるに際して、目黒区から交付された利用者負担額の軽減認定証に基づき、下記の者に対して、当該軽減事業に係る助成金の申請権及び受領権を委任します。

記

【委任者】

被保険者番号	
氏名	電話
被保険者住所	

【受任者】

住所		電話	
事業者名		事業者番号	
代表者名	職	氏名	

※この委任状原本は、目黒区が保管します。

※委任状受付番号を付番後、写しを事業者あて送付します。

助成金の申請にあたっては、必ず支給申請書の委任状受付番号の表記をお願いいたします。

収受印	委任状受付番号	備考