

(様式第8号)

介護保険給付費償還払口座振込依頼書

令和 年 月 日

(宛先)高 槻 市 長

|        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所    |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏 名    | 印 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

捨印

先に申請しました介護保険給付費償還払の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費について  
については下記の者(続柄: )に受領権限を委任いたします。

|              |      |
|--------------|------|
| 委任者<br>(請求者) | 住所   |
|              | 氏名 印 |

上記権限を委任しました。

|     |    |
|-----|----|
| 受任者 | 住所 |
|     | 氏名 |

上記権限を受任しましたので、別添第3号の請求書に記載した受任者名義の口座に振込みをしてください。