別記様式

介護保険　福祉用具購入費・住宅改修費　受領委任払いに係る委任状及び同意書

年　　月　　日

大里広域市町村圏組合管理者　宛

委任者（被保険者）	被保険者番号	
	氏　　名	印
	住　　所	〒　　－　　連絡先　　－　　－

私は、次の者に保険給付費の受領に関する一切の権限を委任します。
また、受領委任払いに係る給付費について次の者に通知することに同意します。
なお、この委任により、総費用額から保険給付費を控除した金額を支払うこととします。

受任者（事業者）	サービスの種類	（介護予防）福祉用具購入費　・　（介護予防）住宅改修費
	事業者名	
	代表者	印
	事業所名	
	所在地	〒　　－　　連絡先　　－　　－

委任に係る費用額等

総費用額（A＋α）	円
保険適用見込額（A） (支給限度基準額の残額)	円
被保険者支払額 （A×負担割合率 0.1 0.2 0.3 ＋α）	円
代理受領見込額 （A×［1－負担割合率］0.9 0.8 0.7 ）	円

※被保険者支払額算定の際、１円未満の端数は切り上げること。
※保険適用見込額は、支給限度基準額を超えない場合は総費用額とする。
※支給限度基準額：福祉用具購入費　100,000円、住宅改修費　200,000円　（αは支給限度基準額を超えた額）
※負担割合率とは、介護保険負担割合証の利用者負担の割合が、1割は0.1、2割は0.2、3割は0.3としてください。
※給付制限の方は、受領委任払いはできませんので、償還払いとしてください。