様式第２号

居宅介護福祉用具購入費等受領委任払に係る委任状

年　　月　　日

池田町長　様

委任者（被保険者）

被保険者番号	
氏　名	（署名又は記名押印）
住　所	〒　　－

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、受領委任払に係る保険給付費について次の者に通知することに同意します。

受任者（事業者）

事業者の名称			
主たる事務所の所在地	〒　　―		
代表者職・氏名		電　話	（　　）