

委 任 状

都合により、下記受任者を以って代理人と定め、下記介護保険サービス事業所につき下記の権限を委任します。

なお、本委任を解除する場合には、双方連署のうえ書面にて届出をいたします。

記

1. 介護保険指定事業所番号

0	8								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

2. 事業所の住所及び名称

3. 委任事項 介護給付費の _____ に関する事。

4. 委任年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

委 任 者（開設者の住所、名称及び代表者の職・氏名）

㊦

上記委任の件承諾いたしました。

受 任 者 住 所
(代理人)

氏 名

㊦

茨城県国民健康保険団体連合会理事長 殿

連合会 受付印

< 「委任状」 記載要領 >

1. 事業所番号

介護保険の事業所として行政（県または市町村）より指定（指令書による）された事業所番号を記載します。（茨城県内で指定を受けた場合、「08」で始まる10桁の番号となります。）

2. 事業所の住所及び名称

介護保険の事業所として行政（県または市町村）より指定（指令書による）された住所及び名称を記載します。

3. 委任事項

- (1) 「介護給付費の請求及び受領に関する届」に記載した開設者と請求者のみが違う場合は「**請求**」と記載します。
- (2) 「介護給付費の請求及び受領に関する届」に記載した開設者と受領者（口座名義人）のみが違う場合は「**受領**」と記載します。
- (3) 「介護給付費の請求及び受領に関する届」に記載した開設者と請求者、受領者（口座名義人）が違う場合。
 - ① 開設者A氏が請求者及び受領者（口座名義人）にB氏を指定する場合
委任状に「**請求及び受領**」と記載します。
 - ② 開設者A氏が請求者にB氏、受領者（口座名義人）にC氏を指定する場合
2枚の委任状が必要になります。
委任者A氏、受任者B氏で「**請求**」と記載します。
委任者A氏、受任者C氏で「**受領**」と記載します。

4. ・委任年月日

委任者が受任者に委任した年月日を記載します。

・委任者（開設者の住所、名称及び代表者の職・氏名）

「介護給付費の請求及び受領に関する届」の開設者に記載した住所、名称及び代表者の職、氏名を記載し捺印してください。（印は「介護給付費の請求及び受領に関する届」に押印したものと同一ものを使用して下さい。）

・受任者（代理人）の住所、氏名

事業所の住所、名称及び受任者の職、氏名を記載し捺印してください。（印は印鑑登録された印を使用してください。）

※委任者及び受任者の印の印鑑証明書（発行日から3ヶ月以内）をそれぞれ添付してください。