

# 代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状

厚木市長

年 月 日付け第 号で支給決定を受けた補装具  
( )の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いました  
ので、補装具費の支払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の事業者  
に委任します。

補装具価格(基準額) 差額自己負担等、補装具費の対象とならないものは除く。	円
利用者負担額	円
補装具費請求額	円

利用者負担額について助成を受けた方は、利用者負担額の欄は0円で記入。

年 月 日  
請求者兼委任者 住所 \_\_\_\_\_  
( 障害者又は障害児の 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
保護者 )

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、下記の口座に  
振り込んでください。

年 月 日  
受任者 住所 \_\_\_\_\_  
名称 \_\_\_\_\_  
( 事業者 ) 代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

振込先 \_\_\_\_\_ 銀行・金庫・組合 \_\_\_\_\_ 支店  
普通・当座 口座番号 \_\_\_\_\_  
カガナ  
名義人 \_\_\_\_\_