

## 代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状

桂川町長 殿

令和 年 月 日付け 第 号で支給決定を受けた（補装具名）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

令和 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)

捨印

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、登録の口座に振り込んでください。

令和 年 月 日

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

捨印