

介護保険福祉用具販売事業における受領委任払いにする理由書

函 南 町 長 様

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者 名	フリガナ		被保険者番号	
	氏 名			
	生年月日	M・T・S 年 月 日生	性 別	男 ・ 女
	住所及び連絡先		電話番号	

受領委任払いを 必要とする理由	
--------------------	--

理由書作成者

住 所

事業所名

作成担当者

印