様式第５号（第１１条関係）

代理受領にかかる補装具費支払請求書兼委任状

　小野町長　　　　　様

　　　　　年　　月　　日付け　　　第　　号にて支給決定を受けた（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 |

　　年　　月　　日

　請求者兼委任者　　　　住　所

（障害者又は障害児の

　保護者）　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　上記の受領の権限を委任しました。なお、支払については、登録の口座に振り込んでください。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　住　　　所

　　受任者（事業者）　名　　　称

　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞