様式第９号（第10条関係）

八頭町身体障害者手帳交付対象外の難聴児への補聴器購入等助成事業

代理受領に係る補聴器購入費等支払い請求書兼委任状

　八頭町長　様

　　年　　月　　日付けで支給決定を受けた補聴器の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、補聴器購入費等の支払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の補聴器専門店に委任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 基準額（差額自己負担額等補聴器購入費等の対象とならないものは除く。） | 円 |
| 自己負担額 | 円 |
| 請求額 | 円 |

　　　年　　　月　　　日

　　住　　　所

請求者兼委任者

（交付決定者）

　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

　　　年　　　月　　　日

住　　　所

受任者

（補聴器専門店）　 名　　　称

　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

＊この様式により難い場合は、この様式に準じた別の様式を使用することができる。