委任状

私は，下記の者に対して，私に支給される高額介護サービス費又は高額介護予防サービス費（高額医療合算介護サービス費又は高額医療合算介護予防サービス費）のうち，既に高額障がい福祉サービス等給付費で支給された重複分に相当する額について，私に代わって受領し，かつ，受領した額を平生町に納入することを委任します。

記

（ 受 任 者 ）

平　生　町　長

令和　　年　　月　　日

（委 任 者）

住　所　　平生町大字

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印