

認知症訪問支援サービスの
受領委任払いに係る(新規・変更)申出書

船橋市長 あて

年 月 日

事業者 (申出者)

事業者所在地	
事業者名称	
代表者職・氏名	印

事業所

事業所番号
事業所所在地	
事業所名称	
代表者職・氏名	印

認知症訪問支援サービス費の申請・受領について、次のとおり申し出ます。

1. 申請・受領とも事業者が行う。	口座名義が事業者	いずれか1つに○をしてください。 3または4に○をした場合は、 下記の委任状が必要となります。
2. 申請は事業所、受領は事業者が行う。		
3. 申請・受領とも事業所が行う。	口座名義が事業所	
4. 申請は事業者、受領は事業所が行う。		

指定口座

金融機関名称		支店名称	
	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所
口座種別	1.普通 2.当座 3.その他()	口座番号	
口座名義人	フリガナ 名義人		

※ 変更の場合の変更年月日 年 月 日

委 任 状

船橋市長 あて

年 月 日

委任者	事業者所在地	
	事業者名称	
	代表者職・氏名	印

認知症訪問支援サービス費の申請・受領については、上記内容のとおり、下記の者に委任します。
また、上記指定口座について委任者として承諾します。

受任者	事業所所在地	
	事業所名称	
	代表者職・氏名	印