

受領委任払い同意書

年 月 日

（宛先）白井市長

住所

事業者名（署名又は記名押印）

管理者名

電話番号

下記の利用者に対して白井市若年がん患者在宅療養支援事業に係るサービスを行うに当たり、受領委任払いにより取り扱うことに同意します。

記

1 利用者氏名

住所

2 同意事項

- （1） サービス利用料のうち白井市若年がん患者在宅療養支援事業に係る助成費用以外の費用については、利用者から受領します。
- （2） サービス利用料のうち白井市若年がん患者在宅療養支援事業に係る費用については、利用者又は受任者の委任に基づき、白井市に対して所定の書類を添えて請求の上受領します。