

第2号様式(第4条関係)

同 意 書

下記被保険者が介護保険法に規定する特定福祉用具を購入するにあたり、以下の通り受領委任払いにより取り扱うことに同意します。

記

介護保険の福祉用具購入を行う下記被保険者から、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の保険対象となる購入費用の被保険者負担分の請求及び受領を行い、当該福祉用具購入費用の保険給付額については日野市から受領します。

(あて先) 日野市長

年 月 日

被保険者名 ()

事業者住所 _____

事業者名称 _____

代表者氏名 _____ 印