

様式第2号（第4条関係）

同 意 書

（あて先）藤岡市長

年 月 日

福祉用具販売事業者

事業者住所

事業者名称

代表者氏名

(署名または記名押印)

下記の被保険者が介護保険法に規定する福祉用具購入を行うにあたり、以下のとおり受領委任払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割合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藤岡市から受領します。

被保険者

氏 名

住 所

