

同 意 書

令和 年 月 日


久万高原町長 様

（被保険者）_____が、特定福祉用具を購入するにあたり、下記のとおり受領委任払により取り扱うことに同意します。

なお、販売後は、介護保険の特定福祉用具を購入する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100分の10の額の請求及び受領を行い、当該購入費用の保険給付額については久万高原町に請求します。

記

事業者

事業所の名称 及び代表者	
事業所の所在地	〒
電話番号	

様式第6号（第5条関係）

請 求 書

令和 年 月 日

久万高原町長 様

住 所

事業者名

代表者名

㊞

下記のとおり請求いたします。

請求金額 _____円

ただし、介護保険居宅（介護予防）福祉用具購入費（受領委任払）として

内 容

被保険者番号	被保険者名	住 所
		〒
福祉用具名 (種目名及び商品名)		

振込先

銀 行 信用金庫 信用組合 農 協		本 店 支 店 出張所 支 所		1 普通預金
金融機関コード	店舗コード	口座番号		2 当座預金
ゆうちょ銀行	—			3 その他
(フリガナ)				
口座名義人				

※振込先は該当する箇所を○で囲んでください。