様式第２号

介護保険福祉用具購入費受領委任払い同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和○年○月○日

新庄市長

　被保険者（以下「甲」という。）に対して事業者（以下「乙」という。）が実施する福祉用具販売について、甲及び乙は、福祉用具購入費受領委任払い制度の内容を理解し、この制度を利用することに同意します。

**本人署名の場合は押印不要です。**

**PCでの印字やゴム印の場合は押印してください。**

　　　　　　甲（被保険者）

　　　　　　　　　住　所　新庄市沖の町１０番４７号

　　　　　　　　　氏　名　新庄　太郎

　　　　　　乙（事業者）

**代表者印又は社印の押印が必要です。**

　　　　　　　　　所在地　○○市○○町○○番○○号

　　　　　　　　　名　称　株式会社○○

　　　　　　　　　代表者氏名　代表取締役　○○　○○