

# 同意書

年 月 日

八幡浜市長 様

被保険者番号 \_\_\_\_\_

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

介護保険住宅改修費・福祉用具購入費の申請に関し、下記の事業者が給付実績を市に照会することに同意いたします。

## 記

事業者住所	
事業者名	
代表者名	
電話番号	

担当者名 \_\_\_\_\_

市記入欄（ここから下は記入しないでください）

要介護度	
認定期間	
福祉用具	円
住宅改修	円
リセット	あり ・ なし