**承　　諾　　書**

介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費負担金の振込先を

　　　　　　　　　　　　　名義の口座（本人との続柄：　　　　）とする

ことを承諾いたします。

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　（被保険者）

　　　　　　　　　　　　　　　　承　諾　者　　　　　　　　　　　　　㊞

* 原則は、被保険者ご本人様の口座へのお振込みとなります。