

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

⑩

※ 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。