

同 意 書

年 月 日

(あて先)豊中市長

被保険者番号

1	0	0																	
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

被保険者住所

豊中市

被保険者氏名

(被保険者本人・自署)

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

市記入欄(ここから下は記入しないでください)

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

チェック

受付

