

介護保険住宅改修 承諾書

年 月 日

網 走 市 長 様

住宅所有者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

下記の被保険者が私の所有する住宅において、介護保険住宅改修を行うことを承諾いたします。

なお、保険者が介護保険給付のため必要がある場合は、保険者が当該固定資産の所有状況について固定資産台帳により確認することに同意します。

承諾内容

工事対象被保険者	住所	
	氏名	
住宅改修を行う建物	所在	
改修の内容・ 箇所および規模		