

(別紙7)

承 諾 書

年 月 日

承諾する者
(被保険者)

被保険者番号

住 所

氏 名

電話番号

私の介護保険料の納付状況について、下記の者が米沢市から情報提供を受けることを承諾いたします。

受 諾 者
(介護支援専門員)

住 所(事業所名)

氏 名

電話番号

【市記入欄】

受領委任払い要件確認	福祉用具
住宅改修	福祉用具
確認日 /	確認日 /
可・不可	可・不可