年　　月　　日

承　諾　書

　　年　　月　　日に購入した介護保険適用の福祉用具について、要介護認定結果が「非該当」となった場合は、購入した福祉用具の全額を負担することを承諾いたします。

（宛先）白井市長

（被保険者）

住　所

氏　名