

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