住宅改修承諾書

私は下記の住宅において、介護保険に係る住宅改修をすることに同意します。

 年 月 日

住宅所有者

（住所）

（氏名） 印

記

住宅の所在 平群町

住宅改修を必要とする者

（介護保険被保険者番号： ）