

# 合計金額照会の同意書

被保険者 \_\_\_\_\_ は

事業者 \_\_\_\_\_ が

- 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の合計金額  
 居宅介護（介護予防）住宅改修費の合計金額
- （該当するものに ✓ してください）

について、ひたちなか市介護保険課に照会することを同意します。

年 月 日

被保険者番号		生年月日	年 月 日
被保険者氏名			
（代筆者氏名）	（被保険者との関係）		
被保険者住所			

上記について問合わせの場合は、必ずこの同意書のもとに行ってください。

この同意書は介護保険課に提出する必要はありません。事業者で保管してください。