年　　　月　　　日

姶良市長　様

**姶良市介護保険住宅改修「住宅の所有者の承諾書」**

（住宅所有者）

住所

氏名

私（達）の所有する

**姶良市**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　の住宅に、

（被保険者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　が

姶良市介護保険に係る住宅改修を行うことを承諾いたします。

※共有名義の住宅については、共有者全員の承諾をもらってください。