

# 同意書

介護保険社会福祉法人等による利用者負担額の軽減等決定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯全員及び税法上の扶養申告者（以下「私等」という。）の収入又は資産の状況について、官公署に調査を嘱託し、若しくは金融機関、信託会社その他の機関又は私等の雇用主その他の関係人に報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

横手市長 あて

（被保険者）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

（世帯員）

氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ 印

氏名 \_\_\_\_\_ 印

（扶養義務者及び旧世帯員）

住所 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_

※署名において児童・学生等は除く。