

同意書

能代市長 様

介護保険サービス利用者負担軽減対象の決定のために必要があるときは、市が私及び私の属する世帯員及び扶養義務者の収入又は資産の状況について調査することに同意します。

年 月 日

<本人>

住所

氏名

印

<代筆者>

住所

氏名

印

※この同意書はすべて自筆で記入してください。本人が身体的な理由等で署名できない場合は、本人の同意を得て代筆者が本人・代筆者欄に記入押印してください。