

同意書

座間市長 殿

座間市介護保険課が、座間市社会福祉法人等による生計困難者等に対する利用者負担額軽減制度事業実施要綱第6条に基づく社会福祉法人等利用者負担額軽減対象決定のために必要がある時は、地方税関係情報について取得することに同意すると共に、私及び私の世帯員（以下「私共」という。）の収入及び資産の状況について、貴市が官公署に調査を囑託し、又は銀行、私共の雇主、その他の関係人（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

また、貴市の調査嘱託又は報告要求に対し、官公署又は銀行等が報告することについて私共が同意している旨を、同意書の提示等により通知することを承諾します。

令和 年 月 日

＜被保険者本人＞

住所

ふりがな

氏 名

生年月日 年 月 日

代筆者 (代筆の場合は記入してください) 続柄

世帯構成員（※単身世帯の場合は未記入）

＜同意者＞

住所

ふりがな

氏 名

生年月日 年 月 日

代筆者 続柄
(代筆の場合は記入してください)

同意が必要な者が署名欄より多い場合は欄外に記入してください