

(申請者から提出していただく同意書です。)

同 意 書

社会福祉法人等による利用者負担額軽減対象者の承認のために必要があるときには、私及び私の属する世帯の世帯員の資産並びに収入の状況について、介護保険課の職員が調査すること、もしくは、金融機関・郵便局等、私及び私の属する世帯の世帯員の雇主又は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

住 所 鹿児島市

申請者氏名 _____

世帯主氏名 _____

世帯員氏名 _____

鹿児島市長 殿