

同意書

令和 年 月 日

忠 岡 町 長 様

住 所 泉北郡忠岡町

氏 名 印

介護保険利用者負担額減額・免除認定のために必要があるときは、介護保険法第203条の規定に基づき、私及び私の世帯員の資産若しくは収入の状況等につき、忠岡町が関係機関若しくは関係人に報告を求めることに同意します。

住 所 泉北郡忠岡町

氏 名 印

住 所 泉北郡忠岡町

氏 名 印

住 所 泉北郡忠岡町

氏 名 印

住 所 泉北郡忠岡町

氏 名 印

住 所 泉北郡忠岡町

氏 名 印