

同 意 書

介護保険料の減免のために必要がある時は、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況につき、担当する職員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。

年 月 日

(宛先) 焼 津 市 長

住 所

氏 名

Ⓔ