

(添付書類)

同 意 書

介護保険料の減免決定のため必要があるときは、私及び私の世帯員の資産及び収入の状況について、保険者(松阪市)が調査すること及び金融機関、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

(減免申請世帯)

住 所 松阪市

世 帯 主 氏 名

同一世帯員氏名

同一世帯員氏名

同一世帯員氏名

同一世帯員氏名

同一世帯員氏名

同一世帯員氏名

(あて先) 松 阪 市 長