

## 同 意 書

介護保険料の減免のために必要があるときは、市が、私および私の世帯員の収入の状況について、官公署の公簿等を確認することおよび雇い主等その他関係人に報告を求めることに同意します。

年 月 日

住所

氏名

印

鯖江市長 様