

(添付書類)

同 意 書

社会福祉法人等による利用者負担額の軽減等の決定のために必要があるときは、私及び私の属する世帯全員及び扶養義務者(以下「私等」という。)の収入又は資産の状況について、官公署に調査を囑託し、若しくは金融機関、信託会社その他の機関又は私等の雇用主その他の関係人に報告を求めることに同意します。

年 月 日

都留市長 様

(被保険者) 住所 _____

氏名 _____ 印

(世帯員) 氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

氏名 _____ 印

住所 _____

(扶養義務者) 氏名 _____ 印

続柄 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

※署名において児童・学生は除く

※施設入所者で、旧世帯がある場合は旧世帯全員の署名をしてください