

(裏面)

同 意 書

介護老人保健施設等利用者負担助成の決定に必要があるときは、私（被保険者）及び生計中心者の課税状況について、担当課に照会することに同意します。

年 月 日

被保険者氏名	Ⓔ
生計中心者氏名	Ⓔ
代筆者氏名	Ⓔ