

# 同意書

私の介護保険料減免申請に関し必要があるときは、私および私の属する世帯の世帯員、私の扶養者の収入、資産の状況、または、年金等の支給状況につき郵便局、その他の官公署若しくは年金保険者に対し必要な文書の閲覧、資料の提供を求め、銀行、信託会社その他の機関若しくは雇用主等関係人に報告を求めることに同意します。

年 月 日

福山市長様

申出人（署名） 住所 \_\_\_\_\_  
（被保険者）

名前 \_\_\_\_\_ 印

世帯員

（署名） 名前 \_\_\_\_\_ 印

（署名） 名前 \_\_\_\_\_ 印

（署名） 名前 \_\_\_\_\_ 印

（署名） 名前 \_\_\_\_\_ 印