

同意書

私の介護保険料の減免申請について、決定のために必要があるときは、私及び私の世帯員・私の扶養者の収入状況、資産状況及び年金等の支給状況につき、金融機関、保険会社、官公署、日本年金機構又は共済組合等に対し、必要な書類の閲覧及び資料の提供を求めることに同意します。

令和6年4月10日

福山市長様

申出人（署名又は記名押印） 住所 福山市東桜町3番5号
（被保険者）

名前 介護 太郎 

世帯員

（署名）名前 介護 花子 

（署名）名前 介護 一郎 

（署名）名前 _____ 印

（署名）名前 _____ 印

（署名）名前 _____ 印