**同意書**

　介護保険料の減免申請に伴い、必要があるときは、私及び私の世帯員の収入及び資産の状況につき、沖縄県介護保険広域連合が官公署に資料提出を求め、又は銀行、信託会社その他の関係機関、私若しくは私の世帯員の雇用主、その他の関係人に報告を求めることに同意します。

　令和　　　年　　月　　日

住所

氏名

電話

　沖縄県介護保険広域連合長　　様