

## 同意書

社会福祉法人等による利用者負担額軽減申請に伴い、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ること、また、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。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

沖縄県介護保険広域連合長 殿