

社会福祉法人等利用者負担減免及び負担限度額認定（特例減額措置）申請に係る資産等状況確認同意書

社会福祉法人等利用者負担減免申請及び負担限度額認定（特例減額措置）申請に伴い、必要があるときは、私及び私の配偶者・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、私若しくは私の配偶者・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。

沖縄県介護保険広域連合長 殿

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____

電話 _____