

同 意 書

障害者控除対象者の認定に当たり、佐賀市が行う要件確認の必要に応じて、介護保険者が保管している、私の介護保険にかかる審査及び判定の結果に関する資料を佐賀市が確認することについて同意します。

介護保険者 様

令和 年 月 日

住所.....

対象者氏名.....印

生年月日.....年.....月.....日

電話番号.....

●対象者が記入できないため、代筆します。

代筆者氏名.....

対象者との続柄.....