

同 意 書

浜中町長 様

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請にあたって、必要があるときは私及び世帯員の状況を関係官公署等に調査依頼し、確認されることに同意します。

【 本 人 】 住 所

氏 名

㊦

【 家 族 】 住 所

氏 名

㊦