

同意書

（被保険者）_____の社会福祉法人等による利用者負担の軽減対象の確認申請にあたり、世帯における収入等の確認のため自分に関する次の点について了承します。

1. 市民税・県民税の税額、所得金額及び所得控除額を課税台帳及び課税資料により確認されること
2. 固定資産税の評価額等を課税台帳及び課税資料により確認されること
3. 生活保護の受給状況その他の事項について調査確認されること
4. 介護保険の認定状況や介護保険料の支払い状況を調査されること
5. 確認申請書及び関係書類の写しを久留米市から関係機関へ送付されること
6. 金融機関、雇用主に調査確認されること

年 月 日

（被保険者及び学生を除いた、被保険者と同一世帯の方）

住 所	氏 名	押 印	電話番号

（被保険者と別世帯で、被保険者を扶養している方）

住 所	氏 名	押 印	電話番号