

# 同 意 書

令和 年 月 日

佐 野 市 長 様

私(私達)は、「高齢者紙おむつ券の支給申請」を行うにあたり、  
貴下職員が、当該申請に必要な私(私達)の住民登録資料、介護保険料納付状況について  
また、要介護者については介護認定状況及び認知症高齢者の日常生活自立度判定状況について  
関係機関に調査、照会、閲覧又は提供を受けることを同意いたします。

対象者 (紙おむつ利用者)	氏 名	
	住 所 佐野市	
対象者と同居している者	1	氏 名
		住 所
		対象者との関係
	2	氏 名
		住 所
		対象者との関係
	3	氏 名
		住 所
		対象者との関係
	4	氏 名
		住 所
		対象者との関係
	5	氏 名
		住 所
		対象者との関係
	6	氏 名
		住 所
		対象者との関係
	7	氏 名
		住 所
		対象者との関係

本人の署名でない場合は押印をお願いいたします。