

同意書

令和 年 月 日

鹿島市長 樋口久俊 様

住所

氏名

印

社会福祉法人等利用者負担額軽減の決定に当たり、私及び私と同一世帯員にかかる収入等の調査を行うことについて同意します。

また、下記の内容については事実と相違ありません。

記

氏名	続柄	①収入額	②預貯金額	③有価証券保有の有無	④資産の有無	⑤扶養の有無
	本人	円	円	有・無 (円)	有・無	有・無
		円	円	有・無 (円)	有・無	
		円	円	有・無 (円)	有・無	
		円	円	有・無 (円)	有・無	
		円	円	有・無 (円)	有・無	
		円	円	有・無 (円)	有・無	

*18歳以上（ただし学生は除く）の全ての世帯員について記入して下さい。

本人が税及び医療保険の扶養になっている場合、記入して下さい。

私の課税状況について調査、利用されることに同意します。

扶養者 住所

氏名

印