

同意書

年 月 日

大村市長様

(在宅高齢者) 住所
氏名

署名又は記名押印してください。

大村市家族介護用品支給事業にかかる支給決定のために必要がある場合は、私及び下記に記載する世帯員全員の住民税の課税について調査されることに、同意します。

記

氏名	生年月日	続柄	備考
署名又は記名押印してください。	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
署名又は記名押印してください。	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
署名又は記名押印してください。	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
署名又は記名押印してください。	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		
署名又は記名押印してください。	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日		