

羽曳野市長 殿

令和 年 月 日

同意書

下記の者は、羽曳野市地域包括支援課が羽曳野市在宅高齢者おむつ給付事業実施要綱に基づく事務手続きを処理するために限って、申請時及び給付を受ける期間において必要な際に、対象者の介護保険情報等及び対象者の属する世帯員の地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

本人 (対象者)	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	T・S		年	月 日
	住所	羽曳野市			
	※代筆の場合	代筆者 氏名		住所	
		理由			
世帯員 (同意者)	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	T・S・H		年	月 日
	住所	羽曳野市			
	※代筆の場合	代筆者 氏名		住所	
		理由			
世帯員 (同意者)	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	T・S・H		年	月 日
	住所	羽曳野市			
	※代筆の場合	代筆者 氏名		住所	
		理由			
世帯員 (同意者)	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	T・S・H		年	月 日
	住所	羽曳野市			
	※代筆の場合	代筆者 氏名		住所	
		理由			

記載要領

1. 同意するものが自ら署名を行うこと。
2. やむを得ない事情により自署できない場合は代筆も可能。※欄に記入すること。
3. 対象者と同居している場合は、同意書への住所の記入は省略してもよい。
4. 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。