

様式第2号（第6条関係）

受付年月日	・	・	
-------	---	---	--

調 査 同 意 書

大田市介護保険料の減免の決定又は取消しのため必要があるときは、私の世帯の構成及び私及び私の世帯員の資産及び収入の状況につき、大田市が官公署、金融機関、保険会社、私の雇主その他の関係人に報告を求めることに同意します。

年 月 日

（提出先）

大田市長 様

住 所

氏 名

（注意）

「その他の関係人」とは、資産、収入の調査のため必要な関係者に限られ、例えば、資産や金銭について貸借関係にある者等をいいます。