添付書類その２

**収 入 状 況 調 査 確 認 同 意 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　年　　月　　日

　　和寒町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　和寒町字

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　介護保険料の減額決定のために、私どもの資産及び収入状況を金融機関並びに各関係機関・部署に調査確認されることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |   |  　　氏　　　　　名 |  性　別 |  　 |  　職業・勤務先 |  |
|   |  ① |  男・女 |  　　 |  |
|   |  ② |  男・女 |  　　 |  |
|  ③ |  男・女 |  　　 |  |
|  ④ |  男・女 |  　　 |  |
|  ⑤ |  男・女 |  　　 |  |
|  ⑥ |  男・女 |  　　 |  |
|  ⑦ |  男・女 |  　　 |  |