**同意書**

|  |  |
| --- | --- |
| 交付を受ける方 | 住　所 |
|  |  |
|  | 氏　名 |

上記の者が私の　介護保険料　に関する納付確認書の交付を受けることに同意します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 証明してほしい方の | 住　所 |
| （被保険者） | 氏　名 |
|  | 明・大・昭・平　　　年　　月　　日生 |

**同意書**

|  |  |
| --- | --- |
| 交付を受ける方 | 住　所 |
|  |  |
|  | 氏　名 |

上記の者が私の　介護保険料　に関する納付確認書の交付を受けることに同意します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 証明してほしい方の | 住　所 |
| （被保険者） | 氏　名 |
|  | 明・大・昭・平　　　年　　月　　日生 |