

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

印

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

印

明・大・昭・平 年 月 日生