

同 意 書

白糠町高齢者入院費助成事業に係る助成の可否の決定または実施のために必要があるときは、私及び私の世帯員の住民基本台帳の記録事項並びに、町税等に関する公簿等について閲覧および調査し、または関係人に報告を求めることに同意します。

また、本同意書については、当該事業を活用する際、1年間この同意が有効であることについても許諾します。

年 月 日

白 糠 町 長 様

住 所 _____

氏 名 _____