

介護保険負担割合証の交付に関する同意書

栗山町長 様

栗山町が交付する介護保険負担割合証については、下記の事業者へ送付することに同意いたします。

記

事業者住所	〒
事業者名	
代表者名	
電話番号	

担当者名_____

令和 年 月 日

被保険者番号_____

住 所_____

本 人 氏 名_____

代筆者氏名_____（続柄）

電 話 番 号_____

※本人が署名できない場合は必ず家族又は成年後見人が代筆してください。
成年後見人が代筆される場合は、登記事項証明書の写しを添付してください。