

# 同意書

三豊市長 殿

社会福祉法人等による利用者負担額の決定にあたり、担当職員が、本人及び本人の属する世帯の世帯員に係る収入等を課税台帳等の公簿により確認することに同意します。

令和 年 月 日

<本人>

住 所

---

氏 名

---

<代理人> ※代筆される場合は、自署できない旨を記載してください  
代筆理由

---

氏 名

続柄

---

住 所

---