**同意書**

筑紫野市長　様

社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担額の軽減対象の確認をするに当たって、市長が関係機関に対し、筑紫野市社会福祉法人等による介護保険サービス利用者負担軽減制度事業実施規則第４条第１項に係る必要な調査を行うことに同意します。

　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 住所 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |