

同意書

鞍手町福祉緊急通報システム利用申請に伴う、自己負担額決定のため、私の世帯に係る収入の状況及び、住民税・所得税関係資料を福祉人権課が閲覧されることに同意いたします。

年 月 日

住 所 鞍手町

氏 名 印

鞍手町長 殿