

同意書

所得税法及び地方税の障害者控除対象者の認定を受けるため、福岡県介護保険広域連合が保有する私の要介護認定情報を福岡県介護保険広域連合個人情報保護条例第5条第1項第2号の規定により、福岡県介護保険広域連合長から鞍手町長に提供することに同意します。

福岡県介護保険広域連合長 様

年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

電 話 _____