

同意書

下記の制度（又は事業）適用に伴う業務の審査（申請時から喪失時までの年度切替時の課税調査を含む）のため、貴職において私及び世帯員の必要な課税状況等の調査をすることに同意します。

柏崎市長 様

令和 年 月 日

住所

氏名

㊞

記

該当制度名
☐ 緊急通報装置設置事業
☒ 高齢者向け安心住まいの整備補助事業

※該当する制度名に☒してください。

<提出先>：柏崎市福祉保健部福祉課障害福祉係

TEL：0257(23)5111 内線 1 4 0 8