**収入状況等の調査に関する同意書**

　　　　年度の社会福祉法人による介護保険利用者負担額軽減対象申請にあたり、私の収入、資産の状況（以下「収入の状況等」という。）を確認するために必要があるときは、熊本市が有する私の収入の状況等に関する情報を利用することに同意します。

　　年　　月　　日

熊本市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　①本人氏名

　　　　　　　　　　　　　　　②同一世帯氏名

　　　　　　　　　　　　　　　③同一世帯氏名

（※**住民票世帯全員分**の氏名を記入して下さい。）

（※注意）

１　調査で得られた情報は、社会福祉法人による介護保険利用者負担額軽減対象の判定以外には使用しません。

２　収入の状況等に関する情報は、その内容を確認できるものの提出がなかった場合に限り利用されます。