**介護保険負担割合証の交付に関する同意書**

伊方町長　様

　私は、伊方町が交付する介護保険負担割合証について、下記の事業者に送付することに同意いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者住所 |  |
| 事業者名 |  |
| 代表者名 |  |
| 電話番号 |  |

担当者名

　　年　　　月　　　日

被保険者番号

住　　　　所

本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）

電話番号