

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 _____