

同意書

益城町在宅ねたきり老人等介護者手当支給制度に係る入院日数確認の為、
()の入院日数について、町が保険者へ内容の照会を行うことに同意します。

被保險者

住所

印

年

日

保険内容

保険者

記号番号

益城町長 様