第４号様式

**同　　意　　書**

障害者控除対象者認定のために必要があるときは、奈良市において、市が保有

する介護保険認定資料等を閲覧することについて同意します。

（あて先）

奈良市長

　　　年　　　月　　　日

申請者　　住　所

氏　名

（対象者との続柄　　　　　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対　　象　　者 | 介 護 保 険  被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | 生年月日 | 明治  大正　　　　 年　　月　　日  昭和 | | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | |