

年 月 日

松 原 市 長 様

同 意 書

代理人 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 (_____) _____

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日

本人との続柄 _____

上記の者を私の代理人とし、(要介護認定調査票)・(主治医意見書)
の写しの交付を受けることに同意します。

本 人 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代筆者: _____ 印)

電話番号 (_____) _____

生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日

※ 本届は、本人の直筆で作成してください。

※ ただし、直筆ができない場合、代筆者の氏名を本人氏名の下にご記入ください。