



# 同意書

小鹿野町長 様

私は、小鹿野町介護保険認定・更新・変更申請等に伴う個人番号の取得を住民基本台帳ネットワークシステム端末で確認することに同意します。

令和 年 月 日

被保険者住所 \_\_\_\_\_

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

( 御家族様以外代筆不可 )