**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）