同　意　書

私　　　　　　　　　は、社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の申請をするに当たり、私の公的年金等の受給額について市が日本年金機構に、調査依頼することに同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

住　所

氏　名