（宛先）八千代市長

同　　意　　書

私は，介護用品購入助成の決定のために必要な市民税額の状況及び同居人の有無について，八千代市の当該制度担当課職員が確認することに同意します。

年　　月　　日

住所　八千代市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（寝たきり高齢者又は重度認知症高齢者の氏名を記入してください。本人が記入できないときは，介護している方が本人の意思を確認の上，代筆してください。）