（納付証明書用）

同　意　書

鹿児島市長　様

私の介護保険料に関する証明書の発行について、代理人が請求・受領することに同意します。

代理人	氏　名	
	住　所	〒 電話番号

令和　　　年　　　月　　　日

被保険者	氏　名	印 ※自署以外の場合は押印が必要です。
	住　所	〒 電話番号