

令和 年 月 日

甲良町長 様

住 所

氏 名 _____ 印

同意書

私は、介護保険居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請時に、登記上の住宅所有者（ ）が死亡しており、その相続手続きが未完了の場合、甲良町長が、私と登記上の住宅所有者の世帯の構成・異動の状況および固定資産税情報等を確認することに同意します。