（様式第４号）

承　諾　書

（宛先）旭川市長

私は、旭川市が行う介護保険に係る減免等の申請に関して、旭川市が収入、預貯金の状況並びに資産等の所有状況について、税担当部署、郵便局並びに銀行その他関係機関に照会することについて承諾します。

年　　月　　日

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印