

調 査 同 意 書

私は、浦安市高齢者等ごみ出し支援事業の利用申請をするにあたり、利用の可否に必要な私の情報（要支援・要介護・障害等に関する情報並びに親族に関する情報等）を業務所管課の市職員が必要に応じて、市の関係機関、関係団体、介護保険サービス事業所、障がい福祉サービス事業所、民生委員、医療機関等に対して調査・確認、意見を求めることに同意します。

また、市の関係機関、関係団体、介護保険サービス事業所、障がい福祉サービス事業所、民生委員、医療機関等が業務所管課からの調査・確認、意見を求められたことに対し回答することにも同意します。

年 月 日

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

(代筆者)

住 所

氏名・名称

(申請者との関係)

電話番号

※同居者がいる場合は、本書により同居者の同意も得たものとします。