

様式第2号

十和田市長 様

個人情報の利用に関する同意書

私は、市長が令和8年度十和田市国民健康保険被保険者に係る脳ドック助成事業の助成の可否を決定するために必要な、十和田市が保有する私の世帯が属する、国民健康保険税の納付の状況に関する情報を利用することに同意します。

令和 年 月 日

世帯主 住所
氏名 ④

申請者
(脳ドックを受診した方) 氏名 ④

※世帯主と脳ドック受診者が同一の場合は、申請者を省略することができる。