

同意書

十和田市長 様

国民健康保険税、後期高齢者医療保険料及び介護保険料の減免に関しては、被保険者、主たる生計維持者、他の世帯員の収入の状況その他必要と判断される資料につき、市長が官公署、金融機関、保険会社、雇用主その他の関係人に対し調査及び報告を求めることに同意します。また、収納課、国民健康保険課及び高齢介護課において必要な情報及び添付書類を共有することについて同意します。

令和 年 月 日

住 所 _____

氏 名 _____ 印

氏 名 _____ 印

氏 名 _____ 印

氏 名 _____ 印

氏 名 _____ 印

氏 名 _____ 印

氏 名 _____ 印

※ 世帯主及び世帯員（令和3年4月1日現在18歳以下の扶養親族を除く）全員の記載及び捺印願います。