

年 月 日

平 内 町 長 様

申請者

住 所

氏 名

印

同 意 書

私は、平内町国民健康保険一部負担金の徴収猶予及び免除を申請するに当たり、私及び私の家族全員の資産、収入等の状況調査に同意します。