

同意書

令和 年度後期高齢者医療保険料の 徴収猶予 ・ 減 免 申請に
際し、私及び私と同一世帯（同一生計維持世帯を含む。）全員の所得及び
資産状況（預貯金等を含む。）について、官公署等の関係機関及び関係者
に照会・調査することに同意します。

令和 年 月 日

市 町 村 長 宛
千葉県後期高齢者医療広域連合長 宛

世帯住所_____

（世帯主）氏 名_____印

（世帯員）氏 名_____印

（世帯員）氏 名_____印

（世帯員）氏 名_____印

（世帯員）氏 名_____印

住 所_____

氏 名_____印

氏 名_____印

氏 名_____印