（新型コロナウイルス感染症減免添付書類）

同　　意　　書

小鹿野町介護保険条例附則第１９項及び第２０項の規定による介護保険料の減免のために、私及び私の世帯の主たる生計維持者の収入の状況及び新型コロナウイルスの感染状況等を調査することについて同意します。

令和　　年　　月　　日

小鹿野町長　様

申出者（署名）住所

（被保険者）氏名　　　　　　　　　　　　　印

世帯の主たる生計維持者

（署名）氏名　　　　　　　　　　　　　印