新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免における同意書

令和　　年　　月　　日

（宛先）寒川町長

（世帯の主たる生計維持者）

氏　　名

生年月日　大・昭・平　　　年　　月　　日

住　　所

私は、次の事項について同意します。

□　新型コロナウイルス感染症の影響による介護保険料減免の申請にあたり、収入及び所得状況について寒川町が保有する公簿を高齢介護課職員が閲覧すること。

□　寒川町国民健康保険料について新型コロナウイルス感染症の影響による減免の申請をしている場合は、私と私の属する世帯の減免申請に係る情報について、高齢介護課と保険年金課の間で共有すること。

◦同意する事項について、☑　してください。