同 意 書

国民健康保険税の減免申請にあたり、収入状況について西原町が官公署、勤

務先等に対し照会し、報告を求めることに同意します。また、その際に照会の

事由を官公署等に伝えることに同意します。

西原町長 　　宛

 年　 　月 　　日

住 所

氏 名