

様式第2号（第4条関係）

調 査 同 意 書

小松島市長 様

私は、新型コロナウイルス感染症の影響に伴う国民健康保険税の減免申請にあたり、小松島市税務課が減免申請の内容を確認するため又は減免決定のために必要があるときは、私及び私の世帯員の収入状況及び診断状況等について、官公署、医療機関、私若しくは私の世帯員の雇主その他関係機関に報告を求めること及び小松島市介護福祉課及び小松島市保険年金課と情報共有することに同意します。

年 月 日

住 所
世 帯 主 氏 名
世 帯 員 氏 名
氏 名
氏 名
氏 名

※署名または記名押印