収入状況の調査に関する同意書

令和 4 年度の介護保険料減免の決定にあたり、私の収入を確認するために必要があるときは、熊本市が有する私の収入状況に関する情報を利用することに同意します。

年　　月　　日

熊本市長　大西一史　様

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（※世帯全員分の氏名を記入して下さい。）

（※注意）

1　これらの調査で得られた情報は、介護保険料減免の決定以外には使用しません。