

年 月 日

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

同 意 書

私は、後期高齢者医療保険料徴収猶予又は減免を申請するに当たり、私及び世帯員の資産、収入等の状況調査に同意します。