（コロナウイルス感染症減免添付書類）

# 同　　 意　 　書

錦町介護保険条例第11条第1項の規定による介護保険料の減免のために、私及び私の世帯の主たる生計維持者の収入の状況及び新型コロナウイルスの感染状況等を調査することについて同意します。

令和　　年　　月　　日

錦　町　長 　様

申出者（署名）住　所

　　　　　　　　　（被保険者）　　氏　名 ㊞

世帯の主たる生計維持者

（署名）氏　名　　　　　　　　　　　　　 ㊞