

同 意 書

私は、後期高齢者医療保険料の災害減免算定に対して、損害額を算出する
基礎として、久留米市資産税課が把握している固定資産税の情報を、同市健康
保険課へ提供することについて同意します。

令和 年 月 日

(固定資産の所有者又は固定資産税の納付義務者)

住 所

氏 名