年　　月　　日

秋田県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者

　住所氏印

**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。