様式第２号（第４条関係）

国民健康保険税納付状況調査同意書

年　　月　　日

甲賀市長　あて

申請者

世帯主の住所

世帯主の氏名　　㊞

電話番号

私は、甲賀市人間ドック検診費助成金交付事業に関し、甲賀市人間ドック検診費助成金交付要綱第４条の規定により国民健康保険税の納付状況について確認調査されることに同意いたします。