

事業実施主体の長 様

収入保険制度の活用促進に係る同意について

1 氏 名

\_\_\_\_\_

※ 自署で記入をお願いします。

2 住 所

\_\_\_\_\_

3 連絡先

— —  
\_\_\_\_\_

※ 自宅電話又は携帯電話のうち、連絡のつく番号の記入をお願いします。

4 収入保険の加入状況

加入している       未加入である

※ 加入又は未加入のいずれかの□に✓の記入をお願いします。

5 4で未加入を選択した場合

私は、鹿児島県園芸産地再生産支援事業の支援を受けるにあたって、収入保険の未加入者名簿（氏名・住所・連絡先）を県農業共済組合に提供することに同意します。

※ 収入保険未加入の場合は、必ず□に✓の記入をお願いします。