

同 意 書

市 町 村 長 様

自立支援医療費(育成医療)の支給認定申請に必要な市町村民税の課税状況(同一世帯者を含む)を確認するため、下記の者の課税情報及び世帯情報を調査することについて同意します。

平成 年 月 日

(申請者)

印

(同一世帯者)

印

印

印

印

印

注 意 事 項

- 1 同一世帯者として同意をいただく方は同居する家族の方全員です。ただし、同一世帯者のうち18歳未満で収入が無い方は除きます。
- 2 課税状況を確認した結果、申請書に記載した所得区分が変更される場合があります。