

同意書

自立支援医療(育成医療)支給認定にあたり必要があるときは私及び私の世帯員の市町村民税の課税状況について、税務担当部署へ照会・確認することに同意します。また、このことは私の世帯員の同意を得ています。

令和 年 月 日

(提出先)

川 越 市 長

申請者(保護者)

住 所

氏 名

印

(本人との続柄:)

(自署の場合は押印不要)