

同意書

自立支援医療費の支給認定にあたり必要があるときは、私及び私の世帯員（以下「私達」という）の市町村民税の課税状況、国民健康保険の加入状況、年金等の受給状況等について、関係する担当課またはその他官公署に照会することに同意します。

また、照会をするにあたり、関係する担当課またはその他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。

年 月 日

住 所 _____

申請者氏名 _____ 印

(提出先)
川越市長

【受給者証等の送付先】

<input type="checkbox"/> 「指定医療機関」	<input type="checkbox"/> 「申請者」の住所
<input type="checkbox"/> その他の送付先を希望	
郵便番号	—
住 所	
宛 名	様