

同意書

下記の各医療給付事業に係る今年度以降(毎年)において受給資格の認定及び医療給付決定のために必要があるときは、私及び私の世帯員の地方税関係情報(所得及び課税情報)、養育費等に関する申告状況等について、継続調査することに同意します。

年 月 日

紋別市長様

記

1. 重度心身障害者医療給付事業
2. ひとり親家庭等医療給付事業
3. 子ども医療給付事業

【受給者】

フリガナ		フリガナ	
氏名	㊞	氏名	㊞
フリガナ		フリガナ	
氏名	㊞	氏名	㊞

【生計維持者】(受給者の生計を主として維持している者)

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
氏名	㊞	個人番号	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		受給者から見て 続柄

【受給者及び生計維持者と同一世帯の方】

	氏名	住所	生年月日	個人番号
1	カナ ㊞	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 生計維持者と同じ	大・昭・平・令 年 月 日	
2	カナ ㊞	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 生計維持者と同じ	大・昭・平・令 年 月 日	
3	カナ ㊞	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 生計維持者と同じ	大・昭・平・令 年 月 日	
4	カナ ㊞	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 生計維持者と同じ	大・昭・平・令 年 月 日	
5	カナ ㊞	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 生計維持者と同じ	大・昭・平・令 年 月 日	