

同 意 書

私並びに私と医療保険を同一にする者は、自立支援医療の所得区分認定のために下記事項について、平戸市長が調査することに同意します。

- ・収入、所得課税状況に関する事
- ・住民基本台帳に関する事
- ・マイナンバーに関する事
- ・生活保護受給者台帳に関する事
- ・医療保険に関する事
- ・その他の必要に応じた事項に関する事

年 月 日

平戸市長 様

申請者 住 所

氏 名

(※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

申請者と医療保険を同一にする者	(申請者との関係)
住所	
氏名	()
住所	
氏名	()
住所	
氏名	()
住所	
氏名	()
住所	
氏名	()
住所	
氏名	()
住所	
氏名	()

※以後、医療保険を同一にする者に異動があったときは、別途同意書を提出する。