

同意書

ひとり親等家庭医療費受給資格登録（登録更新）申請に必要な市町村民税の所得状況（同居の家族を含む）を確認するため、下記の者の所得情報及び世帯情報を閲覧し、認定権者である国見町長に提供することについて同意します。

国見町長 様

令和 年 月 日

申請者 氏名 印

個人番号 :

住所 国見町

電話番号 ()

同居家族

氏名 印

個人番号 :

氏名 印

個人番号 :

氏名 印

個人番号 :

氏名 印

個人番号 :

氏名 印

個人番号 :

・注意事項

同居家族のうち18歳未満で収入のない方は除きます。