

別紙

申請者及び扶養義務者の所得確認に関する同意書

平成 年 月 日

下記の者は、申請者が母子父子家庭医療費受給資格の登録申請及び更新申請をするに当たり、受給資格の決定のため、美里町職員が美里町の保有する公簿により所得状況及び扶養状況、控除内容を調査することに同意します。

同意者 (申請者)	フリガナ 氏名	㊦	申請者との続柄	本人
	住所			
同意者	フリガナ 氏名	㊦	申請者との続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
同意者	フリガナ 氏名	㊦	申請者との続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
同意者	フリガナ 氏名	㊦	申請者との続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
同意者	フリガナ 氏名	㊦	申請者との続柄	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

※ 助成を受けようとする年の1月1日において申請者及び扶養義務者が他の市町村に住所を有していた場合は、当該市区町村長が発行する所得状況及び扶養状況、控除内容が記載されている証明書（課税証明書等）の添付が必要です。