

記入例

別紙

申請者及び扶養義務者の所得確認に関する同意書

母子・父子家庭医療費受給資格（登録・更新）申請書に
記載の日付と同様となります。

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。

記

同意者 (申請者)	フリガナ氏名	美 里 里 美 ㊦	申請者との続柄	本人
	住所	美里町木間塚字中央 1 番地		
同意者	フリガナ氏名	美 里 太 郎 ㊦	申請者との続柄	父
	住所	☒ 申請者に同じ		
同意者	フリガナ氏名	美 里 里 子 ㊦	申請者との続柄	母
	住所	☒ 申請者に同じ		
同意者	フリガナ氏名		申請者との続柄	
同意者	フリガナ氏名		申請者との続柄	
同意者	フリガナ氏名		申請者との続柄	
	住所	☐ 申請者に同じ		

扶養義務者の署名を記入する際は、本人の直筆（捺印についても同様）にてお願いします。

※ 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。