

課税状況等調査同意書

年 月 日

あわら市長 殿

住 所
氏 名

私は、私に係る自立支援医療の認定に関する手続きのため、私及び私と医療保険上同一「世帯」に属する者（同じ医療保険に加入している家族）の収入及び市町村民税に係る課税状況調査に同意します。

【家族の同意】

上記同意者の調査同意につき、異議ありません。

同意者	申請者との続柄		個人番号：
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		個人番号：
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		個人番号：
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		個人番号：
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居

同意者	申請者との続柄		個人番号：
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		個人番号：
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		個人番号：
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		個人番号：
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		個人番号：
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄		個人番号：
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同居