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 |  | | □ 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 |  | | □ 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 |  | | □ 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 |  | | □ 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 |  | | □ 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 |  | | □ 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 |  | | □ 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 |  | | □ 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 |  | | □ 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 |  | | □ 申請者と同居 |
|  |