

市民税等調査同意書

年 月 日

白石市長 殿

(申請者) 住 所
氏 名

(世帯員) 氏 名

氏 名

氏 名

氏 名

私の市町村民税課税状況及び所得の状況について、自立支援医療給付事務に必要な範囲において、関係機関に照会・調査することに同意します。

※同一保険の世帯員全員（幼児・児童を除く）が署名してください。

※世帯員の欄が不足する場合は、世帯員欄の下に続けて署名してください。