

# 同意書

令和 年 月 日

胎内市長 様

重度心身障害者医療費助成の交付要件確認のため、資格喪失するまでの期間、新規認定、年度更新認定及びその他必要があるときは、助成対象者及び助成対象者と同一世帯員の住民基本台帳及び所得状況等について、市が調査することに同意します。

助成対象者	住所	胎内市
	氏名	⑩
扶養義務者等 【同一世帯員】	氏 名	
		⑩
		⑩
		⑩
		⑩
		⑩
		⑩
		⑩

※氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。