

同 意 書

年 月 日

糸魚川市長 様

重度心身障害者医療費受給者証の更新にあたり、糸魚川市長が助成対象者及び助成対象者の属する世帯の扶養義務者等の収入状況について、地方税法に基づく課税台帳等により確認することに同意します。

助成対象者	住 所		
	氏 名	印	
扶養義務者等 【同一世帯に限ります】	氏 名	印	助成対象者 との続柄
		印	
		印	
		印	
		印	
		印	
		印	
		印	

※扶養義務者等とは、助成対象者の配偶者若しくは子、父母その他の直系血族又は兄弟姉妹をいいます。

※氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

記入例

同意書

年 月 日

糸魚川市長 様

重度心身障害者医療費受給者証の更新にあたり、糸魚川市長が助成対象者及び助成対象者の属する世帯の扶養義務者等の収入状況について、地方税法に基づく課税台帳等により確認することに同意します。

助成対象者	住 所	糸魚川市一の宮1丁目2番5号	
	氏 名	糸魚川 ジオまる	印
扶養義務者等 【同一世帯に限ります】	氏 名		助成対象者との続柄
	糸魚川 ぬーな	印	妻
	糸魚川 ひすい	印	子
	糸魚川 ささゆり	印	母
	糸魚川 かわせみ	印	兄
		印	
<p>この欄には、助成対象者と同じ世帯の直系血族（配偶者、子、父母、兄弟姉妹、祖父母、孫）の方の名前を記入してください。 子の妻、子の夫などは対象とはなりません。</p>			
		印	

※扶養義務者等とは、助成対象者の配偶者若しくは子、父母その他の直系血族又は兄弟姉妹をいいます。

※氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。