

(申請先の市町村)

長 殿

同 意 書

下記の申請（予定）者にかかる自立支援医療費の支給認定を行う際に必要な市町村民税の課税状況（同一世帯者を含む）を確認するため、貴職が確認できる書類を調査し、認定権者である山形県に提供することに同意します。

（ここでいう「世帯」とは障害者総合支援法における世帯を指します）

記

申請（予定）者氏名

(生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日)

令和 年 月 日

同 意 者

住 所 酒田市_____

氏 名 _____ 印

(申請者との関係)

(注意)

課税状況を確認した結果、申請書に記載した所得区分が変更される場合があります。