

(申請先の市町村長)

殿

同 意 書

下記の申請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）について、貴職が確認できる書類で調
査し、認定権者である山形県知事に提供することに同意します。

（ここで言う「世帯」とは障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援す
るための法律における世帯を指します。）

記

申請者氏名

(生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日)

令和 年 月 日

同 意 者

住 所

氏 名

⑩

(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。