

# 同意書

私は、重度心身障害者医療費受給者証の交付要件確認のために必要があるときは、助成対象者の世帯全員及び扶養義務者等の住民基本台帳、課税状況及び助成対象者の加入医療保険資格情報について、燕市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

令和 年 月 日

①（助成対象者）

住 所 燕市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

②（扶養義務者等）

住 所 燕市 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注1. 扶養義務者がいない場合は、助成対象者のみで結構です。

注2. 記名押印に代えて署名することができます。