様式第１５号

同　意　書

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請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、課税情報及び世帯情報を閲覧し、認定権者である福島市長に提供することについて同意します。

年　　月　　日

福島市長　様

申 請 者　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（自書の場合は押印不要）

　同一世帯者　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

注 意 事 項

同一世帯者として同意をいただく方は同居する家族の方全員です。ただし、同一世帯者のうち１８歳未満で収入が無い方は除きます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自書の場合は押印不要）