

同意書

私は、(子ども医療費) の手続きに際し、
所得及び課税状況等 (同一世帯を含む。) について、地方税
法に基づく住民税の課税台帳ほか公募により確認されるこ
とに同意します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印