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