所得・税額調査同意書

令和　　年　　月　　日

由布市福祉事務所長　殿

自立支援医療費（育成医療）に係る所得等の調査について同意します。

申請者 （保護者）	住　　所	
	フリガナ 氏　　名	印
	生年月日	

※世帯の範囲は国民健康保険世帯にあっては加入世帯員全員が、健康保険等（組合健保含む）の加入世帯にあっては本人（児）の加入する保険の被保険者が同意のうえ押印ください

	フリガナ 氏　　名	本人との 続　　柄	生年月日
世帯員 （同一の 保険 加入 者単位）	印		
	印		
	印		
	印		
	印		
	印		