

# 同意書

所 沢 市 長 宛

自立支援医療費の支給認定にあたり、必要があるときは、私及び私の世帯員（以下「私達」という。）の市町村民税課税状況、国民健康保険の加入状況、年金等の受給状況について、関係する担当課または、その他官公署に照会すること、並びに、本人確認のための個人番号の取得について同意します。

また、照会をするにあたり、関係する担当課または、その他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。

令和 年 月 日

ご住所 所沢市

申請者氏名

印

提出者氏名

印

※申請者本人が提出の場合、提出者氏名欄の記載押印不要