

自立支援医療費（育成医療）支給認定に係る同意書

私は、自立支援医療費（育成医療）支給認定申請にあたり、その認定のために、八幡市担当職員が私及び私の世帯員の収入につき八幡市役所の保有する課税台帳等の市民税関係公簿を閲覧することについて同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

年 月 日

八幡市福祉事務所長 様

申請者 住所 _____

氏名 _____

受診者 住所 _____

氏名 _____

承諾者（同一健康保険加入世帯員）

氏 名	続 柄	住 所

住所は申請者と住所地が違う場合のみ記載ください。