

同意書

十日町市長 様

重度心身障がい者医療費助成の交付要件確認のため、必要があるときは、助成対象者及び助成対象者と同一世帯員の住民基本台帳及び所得状況等について、十日町市長が調査することに同意します。

また、この同意書は重度心身障がい者医療費助成事業の資格喪失するまで有効とします。

令和 年 月 日

申請者（助成対象者又は保護者）

〒 _____

住 所 十日町市

氏 名 _____ 印

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号 (_____)