同　意　書

（宛先）旭川市長

　私は，　　　　　　　　　　　の小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付に係る申請にあたり，その決定のために，市担当職員が私の収入状況につき市民税課税台帳及び必要に応じて他の関係公簿を閲覧することに同意します。

　　　　年　　月　　日

　同意する者【給付対象者の保護者】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | フリガナ氏　　名 | 生年月日 | 続柄 | 住　　所 |
| １ |  | 印 | 　　 |  |  |
|  |
| ２ |  | 印 |  |  |  |
|  |
| ３ |  | 印 |  |  |  |
|  |
| ４ |  | 印 |  |  |  |
|  |
| ５ |  | 印 |  |  |  |
|  |

この同意書に記入していただく方は，支給対象者の保護者となります。

※以下，市記入欄

|  |
| --- |
| 　　　　年度 |
| No | 市民税所得割額 | 市民税均等割額 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |
| 計 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 階層区分 |  |

確認者　　　　　　　　　　　　　　　印