

(生計維持者用)

同意書

(宛先)旭川市長

私は、  
重度心身障害者  
のひとり親家庭等  
子ども  
医療費助成事業のため、

市が行う次の事項について同意します。

同意事項

- ・市民税課税台帳により私の所得情報及び課税状況の確認を行うこと。  
(子ども医療費助成事業対象が中学生以上のみの場合は除く。)
- ・特別障害者手当、児童扶養手当、児童手当に係る受給状況の確認を行うこと。
- ・加入している健康保険の保険者や医療機関等に対し、給付内容等について照会すること及び医療費助成の資格状況を通知・回答すること。

同意期間

本同意は同意年月日から開始し、受給期間中有効とします。

同意年月日	令和 年 月 日
住 所	
ふりがな	
氏 名	印
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日