

記載例

同意書

(宛先)旭川市長

お子様の氏名

私は、旭川 花子

重度心身障害者
のひとり親家庭等
医療費助成事業のため、
子ども

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所 旭川市 6条通9丁目46番地

同意世帯員

世帯員それぞれの署名

押印

氏名

旭川 太郎

印

氏名

旭川 雪子

印

氏名

印

氏名

印

同一世帯に住む20歳以上の方の自署または記名・押印が必要です(本人自署の場合に押印は不要)。押印時はそれぞれ別々の印鑑を押してください。
※スタンプ式のものは不可。

※生計維持者が別世帯の場合は、「生計維持者用」の同意書に記入押印をお願いします。