自己負担額決定に係る課税状況等調査同意書

　自立支援医療の自己負担額の認定にあたり、私の属する世帯の市民税課税状況及び所得等の状況について、関係機関に照会・調査することに同意します。

令和　　年　　月　　日

名取市長あて

申請者　住所

　　　　　　　　　　氏名

（本人が手書きしない場合は、記名押印してください。）