

同意書

郡山市長

郡山市小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請に当たり、自己負担上限額の決定のために必要な地方税関係情報を取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

年 月 日

同意者 (申請者)	フリガナ		受診者との続柄
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	□受診者と同じ	
同意者	フリガナ		受診者との続柄
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	□受診者と同じ	
同意者	フリガナ		受診者との続柄
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	□受診者と同じ	
同意者	フリガナ		受診者との続柄
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	住 所	□受診者と同じ	

(注意事項)

- 1 同意する者が自ら署名を行うこと。
- 2 住所欄は、受診者と同じ場合は記入を省略してもよい。
- 3 中学生以下の同意は不要。