

令和 年 月 日

我孫子市長 星野 順一郎 様

同意書

私は、自立支援医療の支給認定にあたり、健康保険の資格情報、世帯状況、課税状況、収入状況、およびその他必要な事項に関し、調査を行なうことに同意します。

申請者住所

申請者氏名

(18歳未満の受診者氏名)

受診者氏名

< 転入者、健康保険の被保険者が市外に居住している場合等 >

我孫子市の保有する情報にて税情報等が確認できない場合は、番号利用法第19条第7項に基づき、税情報等の照会先は次になります。

1 照会する方 (氏名 ^{ふりがな} 生年月日)

照会先 ()

2 照会する方 (氏名 ^{ふりがな} 生年月日)

照会先 ()

※税情報は、1月1日に住民票のある市町村等が保有しています。

【裏面もご覧ください】

