

# 同 意 書

名 寄 市 長 様

私は **乳幼児等医療費助成事業** の資格認定のため、市が行う  
次の事項について同意します。

## 同意事項

- ・ 市民課税台帳の内容について確認をおこなうこと。
- ・ 特別障害者手当、児童扶養手当又は児童手当に係る申請内容又は受給状況の確認をおこなうこと。
- ・ 私の世帯に属する世帯員について、上記の事項を確認すること。

## 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	年 月 日
同 意 者 住 所	名寄市
同 意 者 氏 名	印