

所得状況等の調査に関する同意書

自立支援医療費（更生医療）支給認定の申請に伴う本人負担の認定に際し、浜田市での私及び同一世帯のもの並びに同一被保険者の市民税額等の調査を行うことに同意します。

令和 年 月 日

申請者 （住所）

（氏名）

浜 田 市 長 様