

同意書

鳥栖市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

重度心身障害者医療費受給資格の登録（更新）又は助成額の決定等に関して必要な課税資料等の調査をすることについて同意します。

(申請者)

住所 _____

氏名 _____

個人番号 _____

(同一世帯の人)

氏名 _____

個人番号 _____

氏名 _____

個人番号 _____

氏名 _____

個人番号 _____

氏名 _____

個人番号 _____

氏名 _____

個人番号 _____