

# 同意書

年 月 日

知立市長 様

申請者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、自立支援医療（育成医療）の申請にあたり、知立市が下記の内容について調査、確認を行うことについて同意します。

## 記

1. 私および私の属する世帯員に係る住民基本台帳の記載事項
2. 私および私の属する世帯員に係る市民税等の課税状況
3. 私および私の属する世帯員に係る特別児童扶養手当等の受給状況
4. 過去に愛知県（転入者の場合は以前に住んでいた地方公共団体）に申請していた自立支援医療（育成医療）に係る書類