

同 意 書

知 立 市 長 殿

令和 年 月 日

申請者氏名

印

自立支援医療費の支給認定申請については、知立市において支給認定に係る市町村民税等の課税状況等(必要に応じ世帯員分を含む)を確認することを同意します。