自立支援医療(更生医療)受給資格 に関する同意書

　　対馬市長　　様

　　　　※令和　　年　　月　　日

　※申請者

　住　所　対馬市

　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　法定代理人の場合、受給者との続柄　〔　　　　　〕

　※扶養義務者氏名〔続柄〕

　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印　〔　　　　　〕

　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印　〔　　　　　〕

　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印　〔　　　　　〕

　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印　〔　　　　　〕

　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　印　〔　　　　　〕

　　　私、並びに私と生計を同じくする民法（明治29年法律第89

号）第877条第1項に定める扶養義務者は、表記の申請等に係る

所得、住民基本台帳、住民税額、所得税額及び公的年金（遺族補

償を含む）に関することについて、市長及びその関係職員が、官

公署に調査を嘱託することに同意します。

　　（※印の箇所は、必ずご記入下さい。）