

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。)