

市町村民税等調査同意書

令和 年 月 日

長 殿

(申請者) 住 所	
氏 名	印
(世帯員) 氏 名	印
氏 名	印
氏 名	印

私の市町村民税課税状況及び所得の状況について、自立支援医療給付事務に必要な範囲において、関係機関に照会・調査することに同意します。