

(申請先の市町村)

長井市長 様

同 意 書

下記申請（予定）者にかかる自立支援医療費の支給認定を行う際に必要な市町村民税の課税状況（同一世帯者を含む）を確認するため、貴職が確認できる書類で調査し、認定権者である山形県に提供することに同意します。

（ここで言う「世帯」とは障害者総合支援法における世帯を指します。）

記

申請（予定）者氏名

(生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日)

年 月 日

同 意 者

住 所

氏 名

印

(申請者との関係)

(注意)

課税状況を確認した結果、申請書に記載した所得区分が変更される場合があります。