

同 意 書

下記の者は、会津美里町がひとり親家庭医療費の給付に関する事務手続きを処理するために限って地方税関係、住民基本台帳、その他の関係機関の保有する個人情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意の期間：本日から次のひとり親家庭医療費受給資格証の更新日まで

住 所 会津美里町

受給者本人氏名 _____

同一世帯員氏名 _____

同一世帯員氏名 _____

同一世帯員氏名 _____

同一世帯員氏名 _____

同一世帯員氏名 _____

同一世帯員氏名 _____

同一世帯員は、住民票が同一になっている家族のお名前をご記入ください。
(18歳未満の収入のない方は記入不要です。)