

同意書

子ども医療費助成の資格の登録及び継続(更新)の手続きに当たり、本制度を利用する間、芽室町が私及び私の世帯員並びにこれに準ずる者の所得状況等について、調査することに同意します。

また、申請及び更新時において、所得制限その他の理由により受給者証の交付対象とならなかったときは、その後の更新期間に受給者証の交付を受けようとする際、再度申請書を提出します。

令和 年 月 日

芽室町長 手島 旭 様

住所 芽室町
申請者
氏名 印
(電話番号 ー)