

同 意 書

福井市小児慢性特定疾病医療費支給認定実施要綱第6、第9及び第10に基づく申請等にあたり、支給認定上必要な住民記録情報や市民税情報について、福井市が閲覧することに同意します。なお、以上の内容については、別紙に記載された者の承諾を得ています。

年 月 日

福井市長 様

申請者 住 所

氏 名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

(1) 同意する場合、次の方の「住民票」及び「市民税・県民税（所得・課税）証明書」の提出が省略されます。

①住民票：申請時に福井市に住民票がある方

②市民税・県民税（所得・課税）証明書：福井市において所得の状況等が確認できる方

(2) 高額療養費の所得区分の確認のため、(1) について省略できない場合があります。

