

## 調 査 同 意 書

私は、射水市重度心身障害者等医療費助成の申請に当たり、支給認定の際に必要な所得及び税情報等について、貴職が調査又は関係機関に照会することに同意します。

年 月 日

(申請者本人又は申請者の保護者等)

住 所

フリガナ

氏 名

印

生年月日

年 月 日

申請者との続柄等

射水市長 殿

調査同意者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。