

重度心身障害者医療費給付事業の所得調査についての同意書

重度心身障害者医療費給付事業の更新申請の決定のために、私及び私の世帯員に係る前年の所得(前年の所得が未確定の場合は、前前年度の所得とする)の課税状況について、実施機関が確認することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名