所得等調査同意書

令和　 　 年　　 月　　 日

（あて先）金沢市長

**ひとり親医療費助成資格**　の確認に必要な税関係情報の記録を市長が調査することに同意します。

申　請　者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （署名又は記名押印）

　配　偶　者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （署名又は記名押印）

扶養義務者

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （署名又は記名押印）

　　　※扶養義務者とは

・同居の親・子・兄弟姉妹で世帯主または最多収入者

　　　　・別居の親・子・兄弟姉妹で生活費等の送金を行い受給者の生計を維持している方

整理番号