所得等調査同意書

令和　 　 年　　 月　　 日

（あて先）金沢市長

受給者氏名

（　**子ども**　・　**ひとり親**　・　**障害者** 　）**医療費助成金支給申請書**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。

住　　　所

氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　 （署名又は記名押印）

※国民健康保険の方は、世帯主の氏名をご記入ください。その他の保険の方は、被保険者の氏名をご記入ください。

整理番号