

福祉医療費（寡婦）助成認定に関する調査同意書

新温泉町長 様

福祉医療費（寡婦）助成の認定を行うに際し、貴職が住民基本台帳及び所得確認のため世帯員全員の町民税課税台帳の閲覧をすることに同意します。

申請者				⑩
住所（町内名）	新温泉町			（ ）
性別	男・女	生年月日	S・H・R	・

世帯員の記名・押印

	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩
	⑩

※年齢を問わず、世帯員全員の記名・押印をお願いします。

※障害・乳幼児・その他記名が困難な方につきましては家族等の方に記載していただいても結構です。（押印は必要です。）

※不備があった場合再度提出をお願いすることもありますので、記入漏れのないようお願い致します。