

## 所得・課税状況に関する公簿等の閲覧同意書

（宛先）秋田市長

年 月 日

（申請者） 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

私は、小児慢性特定疾病児日常生活用具の給付に係る申請にあたり、必要があるときは、所得および課税状況に関する公簿等の閲覧について同意します。

世帯階層認定世帯員（受給者と同一世帯および扶養義務者の方）の同意

\* 中学生以下の世帯員は記入不要です。

受給者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 ( )	上記申請者と異なる住所の場合に記入	受給者から見た続柄	
被保険者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 ( )		受給者から見た続柄	
世帯員	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 ( )		受給者から見た続柄	
世帯員	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 ( )		受給者から見た続柄	
世帯員	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 ( )		受給者から見た続柄	
世帯員	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 ( )		受給者から見た続柄	
世帯員	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所 ( )		受給者から見た続柄	

\* 課税状況を確認できない場合は証明書が必要です。