

同意書

私は、

- 重度心身障害者医療費受給者証
- ひとり親家庭等医療費受給者証
- 子ども医療費受給者証

の交付申請に必要な情報について、担当職員が次の内容を閲覧することに同意いたします。

記

【閲覧内容】

重度心身障害者	子ども	ひとり親家庭等
・所得額計（主たる生計維持者又は保護者分） ・世帯全員の町民税課税の有無		
・雑損控除額 ・医療費控除額 ・配偶者特別控除額 ・勤労学生控除額 ・障害者控除額 ・特別障害者控除額 ・老年者控除額 ・寡婦（夫）控除額 ・特別寡婦控除額 ・肉牛売却事業所得額 ・扶養（老人）人数	・雑損控除額 ・医療費控除額 ・勤労学生控除額 ・障害者控除額 ・特別障害者控除額 ・老年者控除額 ・寡婦（夫）控除額 ・特別寡婦控除額 ・扶養（老人）人数	・雑損控除額 ・医療費控除額 ・配偶者特別控除額 ・勤労学生控除額 ・障害者控除額 ・特別障害者控除額 ・老年者控除額 ・肉牛売却事業所得額 ・扶養（老人）人数 ※母・父以外の場合 ・寡婦（夫）控除額 ・特別寡婦控除額

令和 年 月 日

住所 厚岸町

氏名



（本人が署名した場合は、押印は不要です。）