同　　意　　書

長崎市自立支援医療費（育成医療）（新規・再認定・変更）の給付を申請いたします。

　なお、審査・決定に必要があるときは、私（保護者、生計中心者等）の世帯状況、収入、所得、課税、控除の状況及び、国民健康保険の資格取得、喪失状況について、長崎市長が、住民基本台帳に基づく住民基本台帳、地方税法に基づく課税台帳及び、国民健康保険法に基づく被保険者台帳を確認することに同意します。

令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成

**対象児童名**　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　令和　　　年　　月　　日

住所　長崎市

**保護者（生計中心者等）**

１　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象児童との関係

　　住所　長崎市

２　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象児童との関係

　　住所　長崎市

３　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象児童との関係

　　住所　長崎市

長崎市長　様

（記入上の注意）

　　・不実の申請をした場合、関係法令により処罰されることがあります。

　　・この書類は、収入額に係る調査を行うために必要なものです。