

# 同意書

自立支援医療(更生医療、育成医療)給付に係る費用負担額の決定のために、私及び同一世帯(被扶養者含む)の町民税等の課税状況につき、羽幌町長が税務担当者に報告を求めることに同意します。

平成 年 月 日

羽幌町長 様

住所

氏名

