同　　意　　書

平成　　年　　月　　日

美瑛町長　様

住　　所

氏　　名　　印

生年月日　　年　　月　　日

私及び私の属する世帯に関する次の事項を確認するための資料を閲覧することに同意します。

■ 所得税課税額

■ 町民税課税額

■ 所得額

使用目的

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請のため