様式第２４号（第１５条関係）

同　　意　　書

小野町長　様

　自立支援医療（更生医療・育成医療）の支給認定及び変更申請に必要な市町村民税の課税状況

（同一世帯者を含む）を確認するため、下記の者の課税情報及び世帯情報を閲覧し、認定権者で

ある福島県知事に提供することについて同意します。

　　年　　月　　日

申請者

住　所

氏　名 ○印

（生年月日 ）

続柄

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）

（　　　） ○印

（生年月日 ）