

薩摩川内市長 様

（申請者）住 所
氏 名
生年月日

助成金交付申請に係る資格確認等同意書

薩摩川内市離島地域子ども通院費等助成金交付申請に際し、私（世帯に属する者及び同居者）に係る下記の受給資格に関する書類の提出に代えて、当課（室）において確認、照会及び調査することに同意します。

記

- ・ 住民票の写し等
- ・ 子ども医療またはひとり親家庭等医療自己負担額支払明細データ

※以下は、申請者以外の世帯員全員の署名欄になります。成人の方は各自が自署し、未成年者については、親権者等（法定代理人）が自署してください。

氏 名	申請者との続柄	生年月日	備 考
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	

※ この同意書により確認する個人情報、上記目的のためにのみ使用し、その他の目的に利用することはありません。