

様式第 2 号（第 5 条関係）

安曇野市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付に関する同意書

（宛先） 安曇野市長

年 月 日

（給付対象者_____又は給付対象者が18歳未満のときはその保護者）

安曇野市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付の申請に当たり、私の所得税及び市民税情報の調査・照会・閲覧及び用具の納入業者への決定通知書の写しの提供について同意します。

住 所	氏 名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日

（給付対象者_____又は給付対象者が18歳未満のときはその扶養義務者）

安曇野市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付の申請に当たり、私の所得税及び市民税情報の調査・照会・閲覧について同意します。

住 所	氏 名	生年月日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日