

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。

令和 年 月 日

羽幌町長 様

住所

氏名