

# 同意書

日の出町長 様

日の出町高齢者元気で健康に長生き医療費助成に関する条例及び同条例施行規則に基づく、医療費助成制度の支給要件の該当性等を審査するため、日の出町が必要とする税情報や個人情報の確認を行うこと、また、その情報を本医療費助成制度の支給事務で取り扱うことに同意します。

平成 年 月 日

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_ (印)