

課税情報の確認に係る同意書

未熟児養育医療給付にかかる徴収基準月額を決定するため、必要があるときは、私の課税状況等について、杉戸町が閲覧・照会することに同意します。

また、未熟児養育医療給付が決定になった場合に医療券（写し）を指定養育医療機関に送付することに同意します。

年 月 日

杉戸町長 様

住所 〒

申請者氏名 ⑩

電話番号

対象児氏名

(生年月日 年 月 日)