

同意書

私は、自立支援医療費の自己負担額算定のため、市町村民課税証明書等の提出に替えて、私の属する世帯の課税状況を地方税の規定に基づく課税台帳等により（県・町）が確認することに同意します。

平成 年 月 日

住 所 芦北町大字

氏 名 印

熊本県知事 様
芦北町長 様