

課税情報の確認にかかる同意書（こども医療）

明石市では、こども医療費助成制度について所得制限を設けておりませんが、市が兵庫県の医療費助成制度に上乘せして行なっているものであり、兵庫県からの補助金交付の対象者かを確認するため、こどもの保護者、または扶養義務者の所得確認が必要となります。

本制度の維持に必要な財源確保のため、対象者の所得状況調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

明石市が所得状況・課税情報を市の保有する公簿等により確認することに同意します。

明石市長 様

年 月 日

住 所 明石市

保護者氏名 (※自署)

〔 児童から
見た続柄 〕

対象児童氏名 _____ (年 月 日生)

_____ (年 月 日生)

_____ (年 月 日生)

_____ (年 月 日生)