

令和 年 月 日

世帯・所得・課税状況閲覧及び調査承諾書

光 市 長 様

住 所 _____

氏 名 _____ 印

私が申請する未熟児養育医療給付事業の事務に必要な「世帯・所得・課税状況の閲覧及び調査」を承諾します。