

(あて先)

札幌市保健福祉局保健所長

同 意 書

下記の者にかかる感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に関する医療費の申請にあたって、負担額の認定のため、下記の事項について、貴職が調査することに同意します。

同意事項

本人及び同一世帯全員の市民税所得割額の状況

令和 年 月 日

同意者（患者又は同一世帯に属する者）

住 所

氏 名

印

同意者欄が代筆である場合の代筆者

住 所

氏 名

印