

## 同意書

(宛先) 伊勢市長

下記助成対象者（代表受給者）の福祉医療費受給資格の認定（更新）申請に当たり、下記の同意者（助成対象者、配偶者及び扶養義務者）は、所得状況、生活保護の受給状況等の必要事項を調査することに同意します。

助成対象者 (代表受給者)	種別	氏名	生年月日
	1 障害者		
2 一人親家庭等			
3 こども			

同意者	署名が必要な方の氏名	署名欄
同意者	署名が必要な方の氏名	署名欄
同意者	署名が必要な方の氏名	署名欄
同意者	署名が必要な方の氏名	署名欄
同意者	署名が必要な方の氏名	署名欄
同意者	署名が必要な方の氏名	署名欄

## 記載要領

- 1 同意する方が自ら署名を行うこと。
- 2 署名が必要な方の氏名の右欄に署名をすること。
- 3 同意する方が自ら署名を行うことが困難な場合は、同意する方の同意を取った上で、署名欄に代筆、同意する方の印鑑を押印の上、欄外に代筆理由と代筆者氏名を記載し、押印すること。