年　　月　　日

同　意　書

（宛先）川崎市長

下記の者は、（申請者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿が川崎市ひとり親家庭等医療費助成を受けるに当たり必要な限度で、所得状況の調査について市長に委任します。

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	□ 申請者と同居 （前年・今年1月1日現在の住所 ※現住所と異なる場合）
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	□ 申請者と同居 （前年・今年1月1日現在の住所 ※現住所と異なる場合）
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	□ 申請者と同居 （前年・今年1月1日現在の住所 ※現住所と異なる場合）

記載に関する注意事項

1　同意する者が自ら署名を行うこと。

2　同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載してかまいません。