

第2号様式（第7条）

承 諾 書

私は高校生等医療費の助成を受けるに当たり、下記の各項目について承諾します。

年 月 日

印 西 市 長 様

（保護者）氏 名 ⑩※

（配偶者又は同居の親族）氏 名 ⑩※

記

- 1 助成金の算定及び決定のため、私の世帯の所得状況、市民税課税状況、住民基本台帳及び国民健康保険の加入状況を印西市が確認すること。
- 2 私が家族療養費付加給付金を保険者から受領した場合に、印西市が過払いとなっているときは、過払い相当額を印西市へ支払うこと。

※氏名を自署することにより、押印を省略することができます。

※基準日に印西市に住民登録がない方は、市区町村発行の保護者の「住民税非課税証明書」を提出いただくことにより、非課税世帯として処理します。提出がない場合は、課税世帯として処理となります。

〔 基準日：1月から7月までの受診の場合 ⇒受診した前年の1月1日
8月から12月までの受診の場合⇒受診した年の1月1日 〕