

## 同意書

下記の者は、人工透析患者通院交通費助成事業に関して、次の条件を付して所得課税状況について調査することに同意します。

- 1 期間 人工透析患者通院交通費助成事業の申請日から資格を喪失するまで。
- 2 目的 人工透析患者通院交通費助成事業に係る所得要件の有無を確認するため。
- 3 その他 調査結果を目的外に使用しない。

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居

