

## 世帯員調査書兼同意書

山 口 県 知 事 様

下記の者は、山口県肝炎治療特別促進事業に基づく事務手続を処理するために限って、最新の地方税関係情報、保険給付の支給に関する情報を取得することに同意します。

同意者 (申請者)	ふりがな											性別	<input type="checkbox"/> 男
	氏名(自署)												<input type="checkbox"/> 女
	住所	〒											
	個人番号												
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	申請者との続柄	本人	<input type="checkbox"/> 16歳未満の者					
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他( )											
同意者 (申請者と同一世帯の者)	ふりがな											性別	<input type="checkbox"/> 男
	氏名(自署)												<input type="checkbox"/> 女
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一 〒											
	個人番号												
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	申請者との続柄		<input type="checkbox"/> 16歳未満の者					
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他( )											
同意者 (申請者と同一世帯の者)	ふりがな											性別	<input type="checkbox"/> 男
	氏名(自署)												<input type="checkbox"/> 女
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一 〒											
	個人番号												
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	申請者との続柄		<input type="checkbox"/> 16歳未満の者					
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他( )											
同意者 (申請者と同一世帯の者)	ふりがな											性別	<input type="checkbox"/> 男
	氏名(自署)												<input type="checkbox"/> 女
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一 〒											
	個人番号												
	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日	申請者との続柄		<input type="checkbox"/> 16歳未満の者					
	保険種別	<input type="checkbox"/> 協会 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> その他( )											

※記入欄が足りない場合は、複数枚ご使用ください。

ウラ面につづく

