同　意　書

本申請（川南町人工血液透析患者通院費）支給決定に際し、世帯員全員の町税等の納付状況を調査することに同意します。

　川南町長　殿

　令和　　年　　月　　日

住所　　川南町大字

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞