

# 承 諾 書

年 月 日

会津若松市長 室井 照平 様

会津若松市特定疾患患者見舞金の受給資格の認定に際し、市が住民基本台帳の確認及び関係機関（保健福祉事務所・保健所・医療機関等）に必要な情報を確認する事を承諾します。

住 所 会津若松市\_\_\_\_\_

該 当 者 \_\_\_\_\_ 印

保 護 者 \_\_\_\_\_ 印

同一世帯員 \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印