**適４３－１**

**医療助成の照会に関する同意書**

〇　〇　〇　〇　市　長　様

現在、在住している市区町村である〇〇〇〇市が、愛知県都市職員共済組合からの「医療助成」の該当日及び非該当日の照会に回答することを同意いたします。

令和〇年〇月〇日

　　　署　名　〇　〇　〇　〇