

同意書

小郡市福祉事務所長 殿

令和 年 月 日

私は、障害者総合支援法第52条に定める自立支援医療の支給認定のために必要があるときは、貴福祉事務所が社会保険事務所、各種共済組合または各市町村民税・住民部局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。

(申請者)

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

(受診者と同一保険の加入者)

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

【記入例】

同意書

小郡市福祉事務所長 殿

平成 年 月 日

私は、障害者自立支援法第52条に定める自立支援医療の支給認定のために必要があるときは、貴福祉事務所が社会保険事務所、各種共済組合または各市町村民税・住民部局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。

(申請者)

受診者の住所・氏名

住 所： 東京都千代田区霞ヶ関〇—△—×

氏 名： 厚労 花子 (印)

(世帯員)

受診者と同一保険の加入者

住 所： 東京都千代田区霞ヶ関〇—△—×

氏 名： 厚労 花男 (印)

住 所： 東京都千代田区霞ヶ関〇—△—×

氏 名： 厚労 花美 (印)

住 所： _____

氏 名： _____ (印)