

同意書

水巻町長 様

令和 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、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町民税等の必要な情報を福祉課の職員が調査すること、並びに社会保険事務所または年金事務所、各種共済組合、各市町村税・住民部局等官公署に対し、照会することに同意します。

(申請者)

住所： _____

氏名： _____ 印

(同一保険加入者)

住所： _____

氏名： _____ 印

住所： _____

氏名： _____ 印

住所： _____

氏名： _____ 印

住所： _____

氏名： _____ 印

※生活保護受給者の方は同一保険加入者欄に世帯員の記載をしてください。