

同意書

令和 年 月 日

大樹町長 酒森 正人 様

同意者 住 所
(受診者)

氏 名 印

(受診者が18歳未満の場合は、保護者)

障害者自立支援法の自立支援医療(精神通院)の申請に必要があるときは、私及び私の(世帯)の保険加入状況、課税状況及び所得・収入の状況につき、貴市町村が確認(照会)することに同意します。

また、貴市町村の確認(照会)に対し、関係部署等に私が同意している旨を伝えても構いません。

記

1 確認(照会)事項

「世帯」・課税・所得状況の確認

2 照会・確認理由

自立支援医療の支給認定申請(みなし認定申告)にあたって、提出書類等では「世帯」・課税・所得状況の確認が困難であるため。