

同意書

平成 年 月 日

剣淵町長様

同意者 住所
(保護者)

氏名 ⑩
(受診者が18歳未満の場合は、保護者)

障害者総合支援法に係る自立支援医療（更生医療）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
保険加入状況、課税状況、所得・収入状況の確認
- 2 照会・確認理由
自立支援医療（更生医療）の支給認定申請等にあたって、提出書類等では保険加入状況、課税、所得・収入状況の確認が困難であるため。