

同 意 書

(自立支援医療 (精神通院))

平成 年 月 日

増毛町長 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

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。

(注) 標準様式とし、必要に応じて変更して差し支えない。