

(別記様式3号)

同意書

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)

私の「世帯」について、次の事項（照会）されることに同意します。

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にあたって、自己負担上限額を決定するため。