

同意書

令和 年 月 日

枝幸町長 様

同意者 住 所
(受診者)

氏 名 ⑩

(受診者が18歳未満の場合は、保護者)

私の「世帯」について、次の事項を確認（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、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。