

同 意 書

令和 年 月 日

那珂川町長 様

私（私達）は、下記受診者について障害者総合支援法に基づき自立支援医療の支給認定の申請を行うにあたり、貴下職員が当該申請に必要な利用者負担を算定のため、私（私達）の課税状況や年金・手当等の受給状況を調査することに同意いたします。

受 診 者 （ 申 請 者 ）	氏 名	Ⓜ		
	住 所			
受 診 者 以 外 の 者 （ 注 ）	1 氏 名	Ⓜ	受診者との 関 係	
	住 所			
2	氏 名	Ⓜ	受診者との 関 係	
	住 所			
3	氏 名	Ⓜ	受診者との 関 係	
	住 所			
4	氏 名	Ⓜ	受診者との 関 係	
	住 所			
5	氏 名	Ⓜ	受診者との 関 係	
	住 所			

注：次の方の署名押印が、必要となります。

- ・ 受診者本人
- ・ 受診者と同一世帯の方のうち、受診者と同じ健康保険に加入している方 全員