

同意書

令和 年 月 日

障害者自立支援法に基づく自立支援医療の支給認定の為に必要があるときは、須恵町が各市町村及び官公署に対し、世帯の構成、個人番号、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額、医師意見書等の必要な情報を提出、照会することに同意します。

【申請者】

住所： 須恵町大字 _____

氏名： _____ 印

※申請者（障害者）と同じ健康保険に加入している同居家族を記入

【世帯員】

氏名： _____ 印

氏名： _____ 印

氏名： _____ 印

氏名： _____ 印

氏名： _____ 印