

同意書

令和 年 月 日

新ひだか町長 様

住 所
同意者
(受給者)
氏 名

印

(受給者が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・所得の状況の確認
- 2 照会・確認事由
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。

※ 同意者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。