

同意書

《自立支援医療（精神通院）》

平成 年 月 日

滝川市長 様

同意者（受診者）

住 所

滝川市 町 丁目 番 号
番地

氏 名

印

（受診者が18歳未満の場合は、保護者）

障害者自立支援法の自立支援医療（精神通院）の申請に必要があるときは、私及び私の「世帯」の保険加入状況、課税状況及び所得・収入の状況につき、貴市町村が確認（照会）することに同意します。

また、貴市町村の確認（照会）に対し、関係部署等に私が同意している旨を伝えても構いません。

記

1. 確認（照会）事項

保険加入状況、課税状況、所得・収入状況の確認

2. 照会・確認理由

自立支援医療の支給認定申請等にあたって、提出書類等では保険加入状況、課税、所得・収入状況の確認が困難であるため。