自立支援医療（精神）用

同　　意　　書

私並びに私と医療保険を同一にする者は、自立支援医療（精神）の所得区分認定のために下記事項について、市（町）長が調査することに同意します。

・所得課税状況に関すること

・住民基本台帳に関すること

・国民健康保険に関すること

令和　　　年　　　月　　　日

市（町）長　　様

申請者　　住　所

　　　　　　　氏　名

|  |
| --- |
| 申請者と医療保険を同一にする者　　　　　　　　　　　　　　　（申請者との関係） |
| 　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |
| 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |
| 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |
| 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |
| 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |
| 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |
| 住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　）　氏　名 |

※　以後、医療保険を同一にする者に異動があったときは、別途同意書を提出する。