

同 意 書

年 月 日

当 別 町 長 様

同意者 住 所 当別町

(受診者) 氏 名

(受診者が 18 歳未満の場合は、保護者)

自立支援医療支給認定申請に係る自己負担額決定のため、今後、同意者及びその世帯全員について、所得及び課税状況等を調査（照会）することに同意いたします。

※ 別紙「世帯の構成員名簿」に氏名、住所の記載を必ずお願いします。

・「世帯」とは

☆国民健康保険加入者 ～ 受診者が属する世帯全員

☆その他の保険加入者 ～ 受診者が属する医療保険の被保険者