

同意書

(自立支援医療（精神通院）)

令和 年 月 日

芽室町長 手 島 旭 様

同意者 住 所
(受診者)

氏 名

印

(受診者が 18 歳未満の場合は、保護者)

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律による自立支援医療（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、芽室町が確認（照会）することに同意します。

また、芽室町の確認（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。

(注) 標準様式とし、必要に応じて変更して差し支えない。