

同意書

令和 年 月 日

恵那市長 様

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療費の支給認定申請にあたり、所得、課税状況その他必要な事項について、恵那市担当職員が課税台帳、個人番号による情報照会等により確認することに同意します。

受診者	フリガナ		続柄	本人
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
保護者 (受診者が 18歳未満の 場合)	フリガナ		続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
受診者と 同一保険の 加入者	フリガナ		続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
受診者と 同一保険の 加入者	フリガナ		続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		
受診者と 同一保険の 加入者	フリガナ		続柄	
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同居		

記載要項

- 1 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。
- 2 受診者と同一保険の加入者は、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療制度では被保険者全員について記載すること。
- 3 申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。
- 4 同意が必要な者の数が署名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。