

同意書

令和 年 月 日

外ヶ浜町長 様

【申請者】（申請者が18歳未満のときは保護者となります。）

氏 名 (続柄) 印

生年月日 明治・大正・昭和・平成

年 月 日

住 所

私、及び私の世帯について、次の事項を貴町が調査すること並びに貴町が都道府県及び社会保険事務所等に照会すること、及びこれらの機関が回答することに同意します。

記

1. 確認〔照会〕事項

医療保険の世帯及び保護者に係る課税状況、生活保護受給状況、国民健康保険等の加入状況、障害者基礎年金等の公的年金及び特別児童扶養手当の受給状況の確認に同意します。

2. 確認〔照会〕理由

自立支援医療の支給認定申請において確認が必要なため。