

同意書

宗像市長 宛

令和 年 月 日

私は、障害者総合支援法第52条に定める自立支援医療の支給認定のために必要があるときは、社会保険事務所、各種共済組合又は市町村税・住民部局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。

(申請者)

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

(世帯員の名簿)

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

申請書等提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		<input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）	
氏 名		申請者との関係		
住 所	〒 電話番号			