

同 意 書

年 月 日

市 町 村 長 様

住 所

氏 名 _____

住 所

氏 名 _____

住 所

氏 名 _____

住 所

氏 名 _____

住 所

氏 名 _____

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第 5 2 条第 1 項の規定による自立支援医療費の支給認定のために必要な所得の状況等の調査について、同法第 1 2 条の規定に基づき行うことに同意します。

【記載例】

第6号様式

同意書

令和 年 月 日

市 町 村 長 様

・健保・共済組合等加入者は、本人と被保険者の氏名を記入
・国保または後期高齢者医療加入者は、それぞれ同一世帯の
加入者全員の氏名記入

住 所	魚沼市小出島130-1
氏 名	魚 沼 太 郎
住 所	同 上
氏 名	魚 沼 花 子
住 所	同 上
氏 名	魚 沼 一 郎
住 所	同 上
氏 名	魚 沼 次 郎
住 所	同 上
氏 名	魚 沼 春 子
住 所	同 上
氏 名	魚 沼 三 郎
住 所	
氏 名	
住 所	
氏 名	

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第52条第1項の規定による自立支援医療費の支給認定のために必要な所得の状況等の調査について、同法第12条の規定に基づき行うことに同意します。