

同 意 書

令和 年 月 日

内子町長 殿

自立支援医療費支給認定申請者 住 所 内子町

氏 名 印

自立支援医療費の支給認定にあたり必要があるときは、私及び私と医療保険上同一世帯に属する者（同じ医療保険に加入している家族）の市町村民税の課税状況、健康保険の加入状況、年金等の受給状況、生活保護の受給の有無等について、関係書類の閲覧、担当課及び他の官公署への照会を行うことに同意します。

【家族の同意】

上記同意者の調査同意につき、異議ありません。

住 所	印	住 所	印
氏 名		氏 名	
住 所	印	住 所	印
氏 名		氏 名	
住 所	印	住 所	印
氏 名		氏 名	
住 所	印	住 所	印
氏 名		氏 名	