同 意 書

（宛先）筑紫野市長

令和 年 　 月 日

**申請者**

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条に基づく自立支援医療にかかる支給認定について、私及び世帯の収入所得又は課税状況について官公庁に照会することに同意します。

また、上記自立支援医療にかかる支給認定にあたり、必要があるときは、私及び世帯の健康保険の資格の有無について関係官公署等に照会することに同意します。

なお、以上の内容については，下記の者の承諾を得ています。

①**被保険者・組合員（健康保険上の世帯主）（申請者と同一人の場合は記入不要）**

氏 　名　　　　　　　　　　　　　　　　（S ･ H ･ Ｒ　　　年　　 月 　　日生）

住　 所

※社会保険の方は②の記入は不要です

②**世帯員（受診者と一緒に国保（後期）に加入している方全員の氏名等を記入）**

世帯員1　氏 　名　　　　　　　　　　 　（S ･ H ･ Ｒ　　　年　　 月 　　日生）

世帯員２　氏 　名　　　　　　　　　　 　（S ･ H ･ Ｒ　　　年　　 月 　　日生）

世帯員３　氏 　名　　　　　　　　　　 　（S ･ H ･ Ｒ　　　年　　 月 　　日生）

世帯員４　氏 　名　　　　　　　　　 　　（S ･ H ･ Ｒ　　　年　　 月 　　日生）

世帯員５　氏 　名　　　　　　　　　 　　（S ･ H ･ Ｒ　　　年　　 月 　　日生）

世帯員６　氏 　名　　　　　　　　　 　　（S ･ H ･ Ｒ　　　年　　 月 　　日生）