

(更生医療・育成医療)

自立支援医療(更生医療・育成医療)支給認定の申請に係る同意書

琴 浦 町 長 様

自立支援医療費(更生医療・育成医療)支給認定申請に係る必要な事項について、貴町での私及び同一世帯並びに同一保険者に係る住民票、医療保険加入状況に関する資料及び市町村民税に関する課税資料などを関係機関から調査・照会・閲覧することについて同意します。

年 月 日

申請者住所 : 東伯郡琴浦町大字 _____

申請者氏名 : _____ (※)

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。