

同意書

年 月 日

伊達市健康福祉部長 様

同意者 住所
(受診者)

氏名 印

(受診者が18歳未満の場合は、保護者)

私の「世帯」(同じ医療保険に加入している家族に係る全員分)について、次の事項を確認(照会)されることに同意します。

記

- 1 確認(照会)事項
「世帯」・課税・所得状況の確認
- 2 照会・確認理由
自立支援医療の支給認定申請(みなし認定申告)にあたって、提出書類では「世帯」・課税・所得状況の確認が困難であるため。