

同意書

令和 年 月 日

稚内市長様

受診者 住所 _____
氏名 _____

世帯員 住所 _____
氏名 _____
氏名 _____
氏名 _____
氏名 _____
氏名 _____

記

私は、自立支援医療の支給認定申請にあたり、私および私の世帯員の「課税状況」「収入・所得状況」「保険加入状況」の確認が必要な場合は、市担当者が官公署、雇用主から関係公簿を閲覧若しくは資料の提供を求めることに同意します。

また、市担当者の調査委託又は報告要求に対し、官公署又は雇用主が報告することについては、私等が同意している旨を官公署又は雇用主に伝えて構いません。

* 注意事項

- ①国民健康保険加入世帯の場合は、加入者全員の同意が必要です。
- ②健康保険加入世帯の場合は、被保険者の同意が必要です。
- ③生活保護受給者の場合は、同意書の提出は不要ですが「生活保護受給証証明書」の提出が必要です。
- ④必ず全員の自署でお願いします。