

# 同意書

志免町長 殿

私は、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に定める自立支援医療の支給認定について、年金事務所、各種共済組合または各市町村税・住民部局等の官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。

また、同法律に定める自立支援医療費給付に関する内容について、受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者等を含む）から受給情報の問い合わせがあった場合、情報を開示することに同意します。

なお、以上の内容について、下記②～④の承諾を得ています。

令和 年 月 日

## ① 申請者

住所：志免町 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (自署又は記名押印) (S・H・R 年 月 日生)

## ② 受診者 申請者と同じ

氏名： \_\_\_\_\_ (S・H・R 年 月 日生)

## ③ 社会保険の被保険者・組合員 申請者と同じ 受診者と同じ

住所：志免町 \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ (S・H・R 年 月 日生)

## ④ 世帯員（国保・後期高齢に受診者と一緒に加入している方全員）

氏名： \_\_\_\_\_ (S・H・R 年 月 日生)

氏名： \_\_\_\_\_ (S・H・R 年 月 日生)

氏名： \_\_\_\_\_ (S・H・R 年 月 日生)

氏名： \_\_\_\_\_ (S・H・R 年 月 日生)

\*\*\*\*\* 職員使用欄 \*\*\*\*\*

所得区分判定：  生保  低1  低2  中間1  中間2  一定以上