(様式第３－２)

同 意 書

令和　　年　　月　　日

申請者

住　所

氏　名　　（S･H　　年　月　日生）

障害者総合支援法に基づく自立支援給付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。

障害者総合支援法に基づく自立支援給付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①～③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）

②保護者（受診者が１８歳未満の場合，保護者全員を記入）（申請者と同一人の場合は記入不要）

氏　名　　（S･H　　年　月　日生）

氏　名　　（S･H　　年　月　日生）

③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）

自立支援医療費　支給認定申請書（継紙）

受給者	個人番号	－	－
被保険者・組合員	個人番号	－	－
保護者	個人番号	－	－
保護者	個人番号	－	－
世帯員１	個人番号	－	－
世帯員２	個人番号	－	－
世帯員３	個人番号	－	－
世帯員４	個人番号	－	－
世帯員５	個人番号	－	－
世帯員６	個人番号	－	－