

同意書

令和 年 月 日

岩見沢市長 様

自立支援医療費の支給認定申請にあたり、世帯の保険情報・課税・所得・年金の状況について、確認（照会）されることに同意します。

	氏名	住所	電話番号	代理同意
(受診者) 受給者	フリガナ			☐
	(非課税世帯のみ) 障害年金や遺族年金等の非課税年金の受給 あり ・ なし (いずれかに○) ※ありの場合、年金証書や年金振込通知書等の金額を確認できる書類の写しが必要です。			
世帯員(同一医療保険の加入者)	フリガナ			☐
	フリガナ			☐
	フリガナ			☐
	フリガナ			☐
	フリガナ			☐
	フリガナ			☐

代筆者

- ※ 受診者が18歳未満の場合は、保護者の同意とすること。
- ※ 世帯員欄が不足の場合は、適宜追加してください。
- ※ 同一保険世帯の税情報開示について同意の代理・代筆を行う場合「代理同意」の欄に○を記入し、代筆者名を記入する事。