

# 同意書

年 月 日

自立支援医療費（育成医療）の支給のために必要があるときは、住民基本台帳及び課税状況等について、関係当局に報告を求めることに同意します。

また、生活保護の受給状況について、必要な際、職員が閲覧することに同意します。

☆住民登録上で同一世帯の方全員のお名前を記入し、認印を押してください。

氏名	続柄	住所	備考
⑩	本人 (受診者)	魚沼市	
⑩		同上	
⑩		同上	
⑩		同上	
⑩		同上	
⑩		同上	
⑩		同上	
⑩		同上	
⑩		同上	
⑩		同上	

認定の可否を指定自立支援医療機関に通知することをご了解ください。

※ この同意により、自己負担上限額を決定するために必要な方の市民税の課税状況を確認させていただきますが、年金や手当などの収入金額について分かる書類が必要になる場合があります。