

同 意 書

年 月 日

柏崎市社会福祉事務所長 様

住 所

氏 名 _____

住 所

氏 名 _____

住 所

氏 名 _____

住 所

氏 名 _____

住 所

氏 名 _____

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第52条第1項の規定による自立支援医療費の支給認定のために必要な所得の状況等の調査について、同法第12条の規定に基づき行うことに同意します。

同意されない場合は、次の書類を提出してください。

- ・ 健康保険、共済組合の人
被保険者の課税状況等の証明
- ・ 国民健康保険、医師国保、薬剤師国保、建築国保の人
加入者全員の住民票及び課税状況等の証明