

同意書

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基づく自立支援医療の申請をしていますが、自己負担金決定のため、受給者及び世帯員の住民税課税状況、受給者の合計所得金額、受給者の障害基礎年金等の受給状況、並びに特別障害者手当等(障害を支給事由とする手当)の受給状況を確認するため、関係課及び関係機関へ照会することに同意します。

令和 年 月 日

申請者 氏名 _____

住所 _____

宜野座村長 殿

受給者

氏名	生 年 月 日	住所
	年 月 日	

世帯員

No.	氏名	生 年 月 日	住所
1		年 月 日	
2		年 月 日	
3		年 月 日	
4		年 月 日	
5		年 月 日	
6		年 月 日	
7		年 月 日	
8		年 月 日	
9		年 月 日	
10		年 月 日	

受給者とは：自立支援医療を支給される者です。(障害者・自立支援医療を受ける者が18歳未満の場合は、障害児の保護者です。)

世帯員とは：受診者(自立支援医療を実際に受ける者)と同じ医療保険に加入している者全員です。