

## 同意書

大木町長 殿

令和 年 月 日

私は、障害者総合支援法第52条に定める自立支援医療の支給認定のために必要があるときは、社会保険事務所、各種共済組合又は各市町村税・住民部局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。

(申請者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(世帯員の名簿)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印