

同 意 書

佐 渡 市 長 様

障害者総合支援法第52条第1項の規定による自立支援医療費（更生医療・育成医療）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、私の世帯及び配偶者等につき、貴市長が関係当局に報告を求めることに同意いたします。

年 月 日

申請者（受診者）

〒 ー

住 所 佐渡市

氏 名 _____

（受診者が18歳未満の場合記入）

保護者
住 所 _____

保護者
氏 名 _____

- ※ この場合の「世帯」とは、受診者と同じ医療保険に加入している家族をいいます。
- ※ 世帯に佐渡市外に住所がある方または市外から転入された方がいる場合は、課税証明書等が必要となることがありますのでご了承ください。