

同意書  
(自立支援医療(精神通院))

年 月 日

砂川市長様

同意者 住所  
(受診者)  
氏名

印

(受診者が18歳未満の場合は、保護者)

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よる自立支援医療(精神通院)の申請に必要があるときは、私及び私の「世帯」の保険加入状況、課税状況及び所得・収入の状況につき、貴市町村が確認(照会)することに同意します。

また、貴市町村の確認(照会)に対し、関係部署等に私が同意している旨を伝えても構いません。

記

- 1 確認(照会)事項  
保険加入状況、課税状況、所得・収入状況の確認
- 2 照会・確認理由  
自立支援医療の支給認定申請等にあって、提出書類等では保険加入状況、課税、所得・収入状況の確認が困難であるため。

(注) 標準様式とし、必要に応じて変更して差し支えない。