

自立支援医療費(精神通院)支給認定に係る同意書

私は、自立支援医療費(精神通院)支給認定申請にあたり、その認定のために、市町村担当職員が私及び私の世帯員の収入につき市町村の保有する課税台帳等の市町村民税関係公簿、市町村・福祉事務所の保有する生活保護受給者台帳を閲覧することについて同意します。

また、市町村民税関係公簿及び生活保護受給者台帳が貴市町村以外の市町村・福祉事務所にある場合には、関係資料について所持している市町村・福祉事務所から貴市町村に資料提供することに同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

年 月 日

市町村長 様

(申請者) 住所

氏名

印

(記名押印又は自筆による署名)

保護者氏名

印

(申請者が18歳未満の場合は保護者氏名の記名押印又は自筆による署名が必要です。)

承諾者(同一健康保険加入世帯員)

氏名	続柄	住所

※ 住所は申請者と住所地が違う場合のみ記載ください。