

同意書

平成 年 月 日

新発田市社会福祉事務所長 様

住 所 新発田市

氏 名 _____ 印

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第52条第1項の規定による自立支援医療費の支給認定及び同法付則第13条の規定による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条の規定に基づき行うことに同意します。

※ 申請者の加入している医療保険が、健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員の住所・氏名をお書きください。