

同 意 書

私は、自立支援医療費の支給認定にかかる私及び私の世帯員（以下、「私達」という。）の市町村民税の課税状況、国民健康保険の加入状況、年金等の受給状況等について、関係する担当課又はその他官公署に照会することに同意します。

また、提出した意見書等に不備があった場合、医療機関に照会することに同意します。

照会するにあたり、関係する担当課、その他官公署又は医療機関に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。

令和 年 月 日

住 所

氏 名

⑩

三郷市長 あて