

# 同意書

(自立支援医療(精神通院))

平成 年 月 日

遠軽町長様

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)

障害者自立支援法の自立支援医療(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、貴町が確認(照会)することに同意します。

また、貴町の確認(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たって、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。