

# 同 意 書

(自立支援医療 (精神通院))

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) の申請に必要なときは、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確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。