同　　　意　　　書

　下記の利用（予定）者にかかる自立支援医療の支給認定申請にあたって、月額自己負担上限額の認定のため、自立支援医療を利用する間、下記の事項について貴職が調査することに同意します｡

【同意事項】　　同一世帯全員(同一医療保険)の住民税課税額

 　令和　　　年　　　月　　　日

 　能代市長　　様

【利用（予定）者氏名】

【同意者】

　住　所

　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

 （利用者との関係　　　　　　　　　　　　　　）

※　この同意書は、利用（予定）者本人又は利用（予定）者と同一世帯に属する家族が記名押印してください。