

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。