

(様式24)

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)の住民税課税額等、月額自己負担上限額の判定に関する事

年 月 日

能代市長様

【利用(予定)者氏名】

【同意者】

住所

氏名

(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してください。