同 意 書

 下記の利用（予定）児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）児氏名】

【同意者】

 住 所

　氏 名 ㊞

 （利用児との関係 ）

* この同意書は、利用（予定）児と同一世帯に属する家族が記入押印してください。