

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

⑩

(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。