

# 同意書

令和 年 月 日

東 神 楽 町 長 様

住 所 上川郡東神楽町

同意者（受診者）

氏 名

自立支援医療（更生医療）の支給認定にあたり必要があるときは、私及び私と医療保険上同一世帯に属する者（同じ医療保険に加入している家族）の市町村民税の課税状況、健康保険の加入状況、年金等の受給状況、生活保護の受給の有無について、関係書類の調査・閲覧・確認されることに同意します。

なお、この同意書は以後、当該受給資格が有する間、その更新手続きについても同意します。