

同意書

下野市長 様

私は、私に係る障害者総合支援法に基づく 自立支援医療 支給認定申請を行うにあたり、
貴下職員が当該申請に必要な私（私達）の税情報や手当の受給状況等を調査することに同意いたします。

令和 年 月 日

住 所

氏 名 印

【家族の同意】

上記同意者の調査同意につき、異議ありません。

1 氏 名 印

住 所

申請者との関係

2 氏 名 印

住 所

申請者との関係

3 氏 名 印

住 所

申請者との関係

4 氏 名 印

住 所

申請者との関係

5 氏 名 印

住 所

申請者との関係