所得状況等の調査に関する同意書

自立支援医療費支給認定の申請に伴う、本人負担額の認定に際し、東北町での私および同一世帯の者並びに同一医療被保険者の町民税額等の調査を行うことに同意します。また、町が社会保険事務所や県等に照会すること及びこれらの機関が回答することについて同意します。なお、以上の内容について世帯全員の同意を得ていることを申し立てします。

令和　　年　　月　　日

東北町長　殿

申 請 者

住　　所

氏（ふ）名（りがな）　　㊞

生年月日　昭和・平成・令和　　年　　月　　日

電　　話　　（　　）

（１８歳未満の方）

氏（ふ）名（りがな）

生年月日　平成・令和　　年　　月　　日

（裏面に申請者記載あり）