令和　　年　　月　　日

矢板市長　様

同意書

　下記受診者及び受診者と同一保険の加入者について障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援医療の支給認定の申請を行うにあたり、貴下職員が当該申請に必要な住民基本台帳や税情報、個人番号、手当の受給状況等を調査することに同意いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **受診者** | **氏名** |  |
| **住所** |  |
| **受診者と同一保険の加入者** | **１** | **氏名** |  |
| **住所** |  |
| **受診者との関係** |  |
| **２** | **氏名** |  |
| **住所** |  |
| **受診者との関係** |  |
| **３** | **氏名** |  |
| **住所** |  |
| **受診者との関係** |  |
| **４** | **氏名** |  |
| **住所** |  |
| **受診者との関係** |  |
| **５** | **氏名** |  |
| **住所** |  |
| **受診者との関係** |  |