

同意書

私並びに私と医療保険を同一にする者は、自立支援医療(精神)の所得区分認定のために下記事項について、波佐見町長が調査することに同意します。また、申請に対する決定内容について申請書に明記した医療機関等情報提供することに同意します。

- ①所得に関すること
- ②住民基本台帳及びマイナンバー(個人番号)に関すること
- ③医療保険に関すること
- ④生活保護に関すること
- ⑤中国残留邦人支援法に関すること

年 月 日

波佐見町長 様

申請者 住 所 東彼杵郡波佐見町 郷 番地

氏 名 _____

※加入している医療保険(以下どれかにチェック)

- 国保 後期高齢 協会けんぽ 共済組合 生活保護
その他()

申請者と医療保険を同一にする者	(申請者との関係)
住 所	()
氏 名	()
住 所	()
氏 名	()
住 所	()
氏 名	()
住 所	()
氏 名	()
住 所	()
氏 名	()

裏面に続く

