

同意書

(1) 自立支援医療費（更生医療・育成医療）の自己負担額認定に際し必要がある場合は、小林市が私及び私の世帯員に係る次の状況について調査すること。

1. 世帯、所得、課税に関する状況
2. 医療保険に関する状況
3. 行政庁から支給される各種手当、給付金の状況

(2) 自立支援医療費（更生医療・育成医療）の支給認定情報及び受給者証の写しを小林市が指定医療機関に提示または送付すること。

上記について同意します。

年 月 日

申請者 住所 _____
氏名 _____ (印)
児童氏名 _____

小林市福祉事務所長 様

※ 支給申請に係る対象者が18歳未満の児童の場合は、申請者氏名欄に保護者の記名、押印をしてください。