

同意書

障害者自立支援医療認定のために、私及び私の世帯員に係る下記の事項について、調査することに同意します。

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

令和 年 月 日

小林市長 殿

住 所 小林市

氏 名

印