

年 月 日

伊賀市社会福祉事務所長 様

同 意 書

私は、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（平成17年法律第123号）の自立支援医療費の支給認定申請にあたり、伊賀市社会福祉事務所が私及び同一世帯員の住民基本台帳及び課税台帳等を閲覧すること、また必要に応じて関係機関に調査を依頼することに同意します。

記

1 利用目的

自立支援医療費（更生医療・育成医療）の支給認定

- 2 加入する医療保険が健康保険や共済組合の場合には、扶養・被扶養の関係にある者全員、国民健康保険・後期高齢者医療保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している者全員の氏名を関係機関に照会すること

住 所 _____

(注)

氏 名 _____ (個人番号 _____)

(注)・氏名欄には、同じ保険に属する方の氏名を全てご記入ください。

・一般の国民健康保険と退職の国民健康保険の混合世帯の場合、両方の保険に属する方の氏名を全てご記入ください。