

(別記様式3号)

同意書

令和 年 月 日

深川市長様

同意者 住所 _____
(受診者)
氏名 _____

受診者と同じ

同意者 住所 _____
氏名 _____

私の「世帯」について、次の事項を確認（照会）されることに同意します。

記

1 確認（照会）事項

「世帯」・課税・所得状況、生活保護受給・年金受給の内容

2 照会・確認理由

自立支援医療の支給認定申請（みなし認定申告）にあたって、提出書類等では「世帯」・課税・所得状況、生活保護受給・年金受給の内容の確認が困難であるため。