自立支援医療（精神通院）用

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（精神通院）の所得区分認定のために必要な事項（所得課税、収入、住民票、医療保険、その他の必要に応じた事項）について、市長が調査することに同意します。

　　　年　　　月　　　日

大村市長　　様

　申請者　　　住　所

　　　　　　　氏　名

|  |
| --- |
| 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 |
| 　住　所　　（　　　　　）　氏　名 |
| 　住　所　　（　　　　　）　氏　名 |

　※　以後、医療保険を同一にする者に異動があったときは、別途同意書を提出する。