

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	

※ 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。