同　　　意　　　書

私及び私と医療保険を同一にする者は、自立支援医療費（育成医療）の所得区分認定のため、下記事項について市長が調査することに同意します。

　　・所得課税状況に関すること

　　・住民基本台帳に関すること

　　・国民健康保険に関すること

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　対馬市長　　様

申請者　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |
| --- |
| 申請者と医療保険を同一にするもの　　　　　　　　　　　　（申請者との関係） |
| 住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（　　　　　　　） |
| 住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（　　　　　　　） |
| 住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（　　　　　　　） |
| 住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（　　　　　　　） |
| 住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（　　　　　　　） |
| 住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　（　　　　　　　） |

※ 以後、医療保険を同一にするものがあったときは、別途同意書を提出する。