

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）の所得区分認定のために下記の事項について、市（町）長が調査することに同意します。

- ・所得課税状況に関する事
- ・住民基本台帳に関する事
- ・国民健康保険に関する事

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者	(申請者との関係)	
住 所	印	()
氏 名		
住 所	印	()
氏 名		
住 所	印	()
氏 名		
住 所	印	()
氏 名		
住 所	印	()
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。