

自立支援医療費（育成医療）支給認定に係る同意書

八幡市福祉事務所長 様

私は、自立支援医療費（育成医療）支給認定申請にあたり、その認定のために、八幡市担当職員が私及び私の世帯員の収入につき八幡市役所の保有する課税台帳等の市民税関係公簿、生活保護受給台帳、その他必要な関係公簿等を閲覧することについて同意します。

また、関係公簿等が貴市以外にある場合には、関係書類について所持している市区町村、福祉事務所、年金事務所等から貴市に資料提供することに同意します。

なお、以上の内容については、次の者の承諾を得ています。

申請日 年 月 日

申請者（保護者等）

住所

氏名

受診者

住所

氏名

承諾者（同一健康保険加入世帯員）

氏 名	続 柄	住 所 ※

※住所は受診者（申請者）と住所地が違う場合のみ記載ください。

【1月1日時点の住所が上記と異なる場合】

（1月1日時点の）

住所