

[自立支援医療（精神通院）]

令和 年 月 日

三重県知事 様
市 町 村 長 様

同 意 書

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号、以下「法」という。）の自立支援医療費の支給認定申請にあたり、私及び世帯を同一にする世帯員の所得及び課税の状況等を三重県及び市町村が調査することについて同意します。

記

1 利用目的

法第 54 条に定める三重県が行う支給認定

2 加入する医療保険が健康保険や共済組合の場合には、扶養・被扶養の関係にある者全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している者全員の氏名を関係機関に照会すること。

住所

(注)

氏名	印	(個人番号)	
氏名	印	(個人番号)	
氏名	印	(個人番号)	
氏名	印	(個人番号)	
氏名	印	(個人番号)	
氏名	印	(個人番号)	

- (注) ・ 氏名欄には、同じ保険に属する方の氏名を全てご記入ください。
- ・ 一般の国民健康保険と退職国保の混合世帯の場合、両方の保険に属する方の氏名を全てご記入ください。
 - ・ 受給者が 18 才未満の場合、生計を一にする方全てご記入ください。
- ※ 自署の場合、押印は不要です。