同　意　書

筑後市長　殿

令和　　　　年　　　月　　　日

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第５２条に定める自立支援医療の支給認定のために必要があるときは、年金事務所、各種共済組合又は各市町村税・住民部局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。

（申　請　者）

住　　所：

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（同一世帯者）

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

申請並びに受給者証等の収受を委任される場合は、下記に記載してください。

委　任　状

筑後市長　殿

令和　　　　年　　　月　　　日

（申　請　者）

住　　所：

氏　　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　印

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に基づく自立支援医療給付に関しての申請並びに自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票の収受・管理に関する一切の権限について、下記の者に委任します。

　代理人住所

代理人（医療機関名、代表者氏名）　　　　　　　　　印