

同意書（自立支援医療用）

会津若松市福祉事務所長

自立支援医療に係る利用者負担上限額算定のため、会津若松市が下記の情報に係る資料を参照・確認することについて同意します。

（ここでいう「世帯」とは、障害者自立支援法における世帯を指す）

また、自立支援医療支給決定の際には、その決定通知の写しを指定医療機関に送付することについて同意します。

令和 年 月 日

（申請者）

（同一世帯者）

個人情報	同意の意思	
住民基本台帳による世帯の状況	同意する	同意しない
住民税の賦課に関する事項による所得及び課税状況	同意する	同意しない
自立支援医療支給決定通知の医療機関への送付	同意する	同意しない