

同意書

障害者総合支援法の規定に基づく自立支援医療費の支給認定に必要となる次の者の住民基本台帳、医療保険加入状況及び所得・課税状況に係る情報について、貴町担当部署が調査又は利用することに同意します。

平成 年 月 日
富士河口湖町長 殿

(受診者)

住所			
氏名	印	生年月日	年 月 日

(受診者と同一の医療保険に属する者)

住所			
氏名	印	生年月日	年 月 日

住所			
氏名	印	生年月日	年 月 日

住所			
氏名	印	生年月日	年 月 日

住所			
氏名	印	生年月日	年 月 日

住所			
氏名	印	生年月日	年 月 日

住所			
氏名	印	生年月日	年 月 日