

# 同意書

飯塚市長 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紹介することに同意します。

申請者	住 所	
	フリガナ 氏 名	⑩
	生年月日	

世帯員（課税世帯は同一保険の加入者・非課税世帯は保護者全員）※	住 所	同上	[ ]
	フリガナ 氏 名		⑩
	申請者との続柄	配偶者・父・母・兄・姉・弟・妹・子・その他（ ）	
	住 所	同上	[ ]
	フリガナ 氏 名		⑩
	申請者との続柄	配偶者・父・母・兄・姉・弟・妹・子・その他（ ）	
	住 所	同上	[ ]
	フリガナ 氏 名		⑩
	申請者との続柄	配偶者・父・母・兄・姉・弟・妹・子・その他（ ）	
	住 所	同上	[ ]
	フリガナ 氏 名		⑩
	申請者との続柄	配偶者・父・母・兄・姉・弟・妹・子・その他（ ）	

- ※① 同一保険の加入者がいる場合、住所・氏名・続柄を記入してください。  
② 同一保険の加入者の住所が異なる場合、[ ]内に住所を記入してください。