

所得状況等の調査に関する同意書

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定の申請に伴う本人負担額の認定に際し、貴市・町・村での私及び同一世帯のもの並びに同一保険者の市・町・村民税額等の調査を行うことに同意します。

平成 年 月 日

(申請者) (住所)

(氏名)

申請者が18歳未満の場合の保護者

(保護者住所)

(保護者氏名)

(申請者との関係)

市・町・村 長 様

市・町・村は該当に○をしてください。