

(別紙様式 3 号)

# 同 意 書

年 月 日

(あて先) 江 別 市 長

同意者 住 所  
(受診者)

氏 名

印

(受診者が 18 歳未満の場合は保護者)

私の「世帯」について、次の事項を確認（照会）されることに同意します。

## 記

### 1 確認（照会）事項

「世帯」・課税・所得状況の確認

### 2 照会・確認理由

自立支援医療の支給認定申請にあたって、提出書類等では「世帯」・課税・所得状況の確認が困難であるため。