

# 同意書

(宛先)今治市長

私に係る自立支援医療の認定に関する手続きにおいて必要のあるときは、私及び私と医療保険上同一「世帯」に属する者(同じ医療保険に加入している家族)の必要な課税資料等を福祉事務所が閲覧することに同意します。

年 月 日

申請者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_  
(生年月日 \_\_\_\_\_)

続柄 \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ )  
(生年月日 \_\_\_\_\_)

( \_\_\_\_\_ )  
(生年月日 \_\_\_\_\_)