

# 同意書

令和 年 月 日

栃木県小山市長 様

受診者	氏名		印
	住所		
受診者以外の者	1	氏名	印
		住所	
		受診者との関係	
	2	氏名	印
		住所	
		受診者との関係	
	3	氏名	印
		住所	
		受診者との関係	
	4	氏名	印
		住所	
		受診者との関係	

私(私たち)は、上記受診者について障害者総合支援法に基づく自立支援医療に支給認定申請を行うにあたり、貴下職員が当該申請に必要な私(私たち)の税情報や手当等の受給状況等を確認することに同意いたします。

受診者収入額		受給開始年月	金額
障害・遺族・老齢 年金	有・無	年 月	円／年・月・2カ月
作業所等の工賃	有・無	年 月	円／年・月・2カ月
特別児童扶養手当、障害児福祉手当 特別障害者手当	有・無	年 月	円／年・月・2カ月