

【記入例】

自己負担上限額（月額）を設定する為、世帯の所得の確認を行う必要があり、その為の同意書です。
世帯の単位は住民票上の家族ではなく、同じ医療保険に加入している家族(15歳以上。中学生は除く)を同一世帯とします。なので、同意書に記名いただくのは、同じ医療保険の方のみとなります。

同 意 書

年 月 日

聖籠町長 様

受給者本人の住所と氏名を記入してください。

住 所 東京都千代田区霞ヶ関〇-△-×

氏 名 厚生 花子 印

受給者と同じ医療保険の加入者を記入してください。

住 所 同 上

氏 名 厚生 花男 印

受給者と同じ医療保険の加入者を記入してください。

住 所 同 上

氏 名 厚生 花美 印

住 所

氏 名 印

住 所

氏 名 印

障害者総合支援法第52条第1項の規定による自立支援医療費の支給認定のために必要な所得の状況等の調査について、同法第12条の規定に基づき行うことに同意します。