

同意書

年 月 日

聖籠町長 様

住 所 聖籠町大字

氏 名 _____ 印

住 所

氏 名 _____ 印

住 所

氏 名 _____ 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。