

同意書

障害者総合支援法の規定に基づく自立支援医療費(育成医療)の支給認定に必要となる次の者の住民基本台帳、国民健康保険等の加入状況及び所得・課税状況、身体障害者手帳に係る情報について、甲斐市担当部署が調査又は利用することに同意するとともに、受診を希望する指定医療機関へ情報提供(受給者証写の送付等)することに同意します。

年 月 日

甲斐市長 保坂 武 様

■受診者

住所	甲斐市		
氏名	Ⓜ	生年月日	年 月 日

■住民票に属する者で受診者と同一の医療保険加入者

※ 必ず同一の医療保険加入者全員を記入してください

氏名	Ⓜ	続柄	生年月日	年 月 日

氏名	Ⓜ	続柄	生年月日	年 月 日

氏名	Ⓜ	続柄	生年月日	年 月 日

氏名	Ⓜ	続柄	生年月日	年 月 日

氏名	Ⓜ	続柄	生年月日	年 月 日

氏名	Ⓜ	続柄	生年月日	年 月 日