

令和 年 月 日

(宛先) 松阪市長

同 意 書

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号。以下「法」という。）の自立支援医療費の支給認定申請にあたり、私及び同一世帯員並びに扶養・被扶養の関係にある者の所得及び課税の状況等を三重県及び市町村が調査することについて同意します。

記

1 利用目的

法第 5 4 条に定める三重県が行う支給認定

2 調査内容

加入する医療保険が健康保険（社会保険）の場合には、扶養・被扶養の関係にある者、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している者全員の所得等を関係機関に照会すること。

住所 _____ 年 月 日時点の
16~18 歳の扶養人数
氏名 _____ () 人

※税又は健康保険において受診者を扶養している人が住民票上別世帯の場合には、下欄に住所氏名等ご記入ください。

住所 _____ 年 月 日時点の
16~18 歳の扶養人数
氏名 _____ () 人

生年月日 _____ 年 月 日 受信者からみた続柄 ()

(注) この同意書に記された 16~18 歳の控除対象扶養親族の人数を住民税における内容と相違ないものとみなします。