

同意書

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に基づく自立支援医療（精神通院医療）の申請をしていますが、自己負担金決定のため、受給者及び世帯員の住民税課税状況及び収入状況、受給者の合計所得金額、受給者の障害基礎年金等の受給状況、並びに特別障害者手当等（障害を支給事由とする手当）の受給状況を確認するため、関係各課及び関係機関へ照会することに同意します。

また、受給者証については、各医療機関へ送付することに同意します。

那覇市福祉課事務所長 宛

令和 年 月 日

本人住所

本人氏名

印

代理人氏名

印
