

第6号様式

同意書

令和 年 月 日

あて先 上越市長

住 所

氏 名

住 所

氏 名

住 所

氏 名

住 所

氏 名

住 所

氏 名

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。

署名が必要な方

- 国民健康保険加入者 : 同一の国民健康保険に加入している方全員
- 健康保険（被用者保険） // : 受診者及び加入している医療保険の被保険者