

記入見本

第6号様式

同意書

令和 年 月 日

十日町市長様

本人および家族全員の氏名を記入

(受診者本人)

住所

氏名

(家族)

住所

氏名

住所

氏名

住所

氏名

住所

氏名

※ 受診者本人と家族の住所が同じ場合は、
家族の住所欄は省略できます。

※ 18歳以下でも、所得がある場合は記入
してください。

※ 加入健康保険が社会保険で被扶養者の
方は、被保険者の記名が必須です。
被保険者が別世帯で住所が異なる場合は、
特に記入漏れがないようお願いします。

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。