

第 6 号様式

同 意 書

年 月 日

市 町 村 長 様

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 5 2 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 1 2 条の規定に基づき行うことに同意します。