

同意書

(あて先)
松山市福祉事務所長

自立支援医療（更生医療）の給付のために必要があるときは、私及び私の医療保険世帯構成員の必要な課税資料等及び必要な健康保険の加入状況を福祉事務所が閲覧すること及び障害年金等・特別児童扶養手当等の受給状況を、個人番号等を使用して確認することに同意いたします。

自立支援医療を申請する人

令和 ○年 ○月 ○日

住所	松山市 二番町4丁目7番地2		
氏名	松山 太郎		
申請者との続柄	本人	生年月日	S31・1・1

氏名	松山 花子		
申請者との続柄	妻	生年月日	S33・11・1

氏名	松山 一郎		
申請者との続柄	子	生年月日	S60・12・15

申請者と同じ医療保険に加入
されている家族全員

氏名			
申請者との続柄		生年月日	

氏名			
申請者との続柄		生年月日	

氏名			
申請者との続柄		生年月日	

※ 障害年金等とは、次のいずれかです。

- ・障害（基礎・厚生・共済）年金 ・遺族（基礎・厚生・共済）年金 ・寡婦年金 ・特別障害給付金 ・特別障害者手当
- ・特別児童扶養手当 ・経過的福祉手当 ・労災（障がい事由に支給されるもの）
- ・その他（障害を事由に支給される一時金等）