

同意書

伊予市福祉事務所長 殿

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確認することに同意いたします。

令和 年 月 日

申請者 住所			
申請者 氏名	⑩		
申請者との続柄	本人	生年月日	・

同一保険の加入者

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	・

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	・