（育成：世帯状況確認用）

同意書

自立支援医療費（育成医療）を申請します。

　なお、審査・決定に必要があるときは、私の収入、所得、課税、控除及び国民健康保険、後期高齢者医療の加入状況について、西海市福祉事務所長が地方税法に基づく課税台帳及び国民健康保険法に基づく給付台帳を確認することに同意します。

　　　　　年　　　　月　　　　日

　 　　 申請者住所：西海市　　　　　町　　　　　郷　　　　　番地

　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　 　　　　(世帯員氏名)　　　　　　　　　　 　 　 ㊞

(世帯員氏名)　　　　　　　　　　 　 　 ㊞



(世帯員氏名)　　　　　　　　　　 　 　 ㊞

(世帯員氏名)　　　　　　　　　　 　 　 ㊞

(世帯員氏名)　　　　　　　　　　 　 　 ㊞

　西海市福祉事務所長　　様

※受診者の属する世帯の世帯員のうち、受診者と同じ医療保険に加入している世帯員を記入すること。