

様式第25号(第19条関係)

同 意 書

下野市長 様

私は、私に係る障害者自立支援法に基づく 自立支援給付 支給認定申請を行うにあたり、
自立支援医療 貴下職員が当該申請に必要な私(私達)の税情報や手当の受給状況等を調査することに
同意いたします。

年 月 日
住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

【家族の同意】

上記同意者の調査同意につき、異議ありません。

1 氏 名 _____ 印 _____
住 所 _____
申請者との関係 _____

2 氏 名 _____ 印 _____
住 所 _____
申請者との関係 _____

3 氏 名 _____ 印 _____
住 所 _____
申請者との関係 _____

4 氏 名 _____ 印 _____
住 所 _____
申請者との関係 _____

5 氏 名 _____ 印 _____
住 所 _____
申請者との関係 _____