

# 同意書

大野城市長 様

私は、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52条に定める自立支援医療の支給認定等のために必要があるときは、私の世帯に関する必要な情報・市町村民税額等について関係機関に閲覧又は照会することに同意します。

令和 年 月 日

申請者

住 所

氏 名

①

(生年月日 )

(個人番号 )

続柄

( ) ②

(生年月日 )

(個人番号 )

( ) ③

(生年月日 )

(個人番号 )

( ) ④

(生年月日 )

(個人番号 )

( ) ⑤

(生年月日 )

(個人番号 )

( ) ⑥

(生年月日 )

(個人番号 )

( ) ⑦

(生年月日 )

(個人番号 )

( ) ⑧

(生年月日 )

(個人番号 )