

様式第1号（第5条関係）

自立支援医療（育成医療）同意書

自立支援医療（育成医療）の支給認定にあたり、必要があるときは、私及び私の世帯員の地方税関係情報、健康保険加入状況、生活保護受給状況、その他医療扶助受給状況の状況について、関係機関に照会することに同意します。

年 月 日

(保護者)

住所 _____

氏名 _____

(署名してください。記名押印でも可能です。)

久喜市福祉事務所長

あて

<確認欄>

※公的年金等の受給について

有 ・ 無

(老齢年金・遺族年金・障害年金)

年金の額

_____円