

自立支援医療費（更生医療）支給認定同意書

宇美町長

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条に規定する自立支援医療費（更生医療）の支給認定のために必要があるときは、関係機関に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。

年 月 日

（申請者）

住 所： _____

氏 名： _____

（世帯員）

氏 名： _____

氏 名： _____

氏 名： _____

氏 名： _____

氏 名： _____

※ （世帯員）の欄には、次のとおり記入してください。

- ① 申請者が健康保険又は共済組合の被保険者又は組合員である場合は、記入不要です。
- ② 申請者が健康保険又は共済組合の被扶養者である場合は、被保険者又は組合員の氏名のみ記入してください。
- ③ 申請者が国民健康保険の被保険者である場合は、国民健康保険の加入者全員の氏名を記入してください。
- ④ 申請者が後期高齢者医療制度の被保険者である場合は、同一世帯の後期高齢者医療制度の加入者全員の氏名を記入してください。
- ⑤ 世帯の範囲の特例を申請する場合は、配偶者の氏名のみ記入してください。