様式第27号（第３条関係）

# 自立支援医療費（育成医療）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（育成医療）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

（受　診　者）

住　　所：

氏　　名：

（世　帯　員）

住　　所：

氏　　名：

住　　所：

氏　　名：

住　　所：

氏　　名：

住　　所：

氏　　名：

※　（世帯員）の欄には、次のとおり記入してください。

①　受診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及び保護者全員の氏名を記入してください。

②　受診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及び保護者全員の氏名を記入してください。