

(様式24)

同 意 書

下記の利用（予定）者にかかる自立支援医療の支給認定申請にあたって、月額自己負担上限額の認定のため、自立支援医療を利用する間、下記の事項について貴職が調査することに同意します。

【同意事項】 同一世帯全員（同一医療保険）の住民税課税額等、月額自己負担上限額の判定に関すること

年 月 日

鹿角市 長 様

【利用（予定）者氏名】

【同意者】

住 所

氏 名

(利用者との関係)

※ この同意書は、利用（予定）者本人又は利用（予定）者と同一世帯に属する家族が記名してください。