

同 意 書

自立支援医療(育成)の給付申請にあたり、以下の項目について同意します。

1. 自立支援医療（育成医療）支給認定のため、私及び私の属する世帯員の医療保険の加入状況を確認することを同意します。
2. 自立支援医療（育成医療）支給認定のため、私及び私の属する世帯員の収入状況、課税状況、扶養状況を確認することを同意します。
3. 自立支援医療（育成医療）を受けるため必要があるときは、支給認定についての審査結果（承認、不承認通知）を指定自立支援医療機関に、また他県、市等からの意見書等の照会に対する回答を照会者に、提示することを同意します。

（あて先） 宇 都 宮 市 長

令和 年 月 日

住所 宇都宮市

氏名

<記 載 例>

市民税額が分かる書類がお手元にはない方は、同意いただければ
子ども支援課で調査することができます。
ただし、転入された方については調査に必要な書類（課税証明書等）
を子ども支援課より、提出を求める場合があります。

同 意 書

自立支援医療(育成)の給付申請にあたり、以下の項目について同意します。

1. 自立支援医療（育成医療）支給認定のため、私及び私の属する世帯員の
医療保険の加入状況を確認することを同意します。
2. 自立支援医療（育成医療）支給認定のため、私及び私の属する世帯員の
収入状況、課税状況、扶養状況を確認することを同意します。
3. 自立支援医療（育成医療）を受けるため必要があるときは、支給認定に
ついての審査結果（承認、不承認通知）を指定自立支援医療機関に、また
他県、市等からの意見書等の照会に対する回答を照会者に、提示すること
を同意します。

（あて先）宇 都 宮 市 長

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 宇都宮市 旭 1－1－5

氏名 宇都宮 太郎