

調査同意書

令和 年 月 日

中央市長 殿

障害者自立支援法の規定に基づく自立支援医療の支給認定のために必要となる次の者の所得・課税状況、住民基本台帳、国民健康保険加入状況の情報について、中央市が調査又は利用することに同意します。

(受診者)

住 所	
フリガナ 氏 名	印
生年月日	

(受診者と同一の医療保険に属する者)

住 所	
フリガナ 氏 名	印
生年月日	

住 所	
フリガナ 氏 名	印
生年月日	

住 所	
フリガナ 氏 名	印
生年月日	

住 所	
フリガナ 氏 名	印
生年月日	

住 所	
フリガナ 氏 名	印
生年月日	