

同 意 書

障害者総合支援法に基づく自立支援医療の申請にあたり、私及び私の属する世帯員の収入状況や課税状況を確認することに同意いたします。

令和 年 月 日

申請者住所

申請者氏名

(障害者本人)

大田原市長 様

※その他の収入について

		年金手当の種類	金額（年額）
年 金	有・無		円
手 当	有・無		円
その他	有・無		円