

【自立支援医療支給認定の申請に係る同意書様式】（精神通院医療のみ）

自立支援医療費支給認定の申請に係る同意書

鳥取市長 様

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定の申請に係る必要な事項について、鳥取市での私及び同一世帯並びに同一保険者に係る住民票、医療保険加入状況に関する資料、市民税に関する課税資料などの調査を行うことについて同意します。

令和 年 月 日

(受給者)

受給者住所

受給者氏名

※受給者が18歳未満の場合

(保護者)

保護者住所

保護者氏名

受給者との関係