別紙第１６号様式

同　　意　　書

（自立支援医療（育成医療））

令和　　年　　月　　日

小樽市長　迫　　俊　哉　様

同意者　住　所
（保護者）
氏　名

障害者自立支援法の自立支援医療（育成医療）の申請に必要があるときは、私及び私の「世帯」の保険加入状況、課税状況及び所得・収入の状況につき、貴市町村が確認（照会）することに同意します。

また、貴市町村の確認（照会）に対し、関係部署等に私が同意している旨を伝えても構いません。

記

１　確認（照会）事項
　保険加入状況、課税状況、所得・収入状況の確認

２　照会・確認理由
　自立支援医療の支給認定申請等にあたって、提出書類等では保険加入状況、課税、所得・収入状況の確認が困難であるため

（注）標準様式とし、必要に応じて変更して差し支えない