同　意　書

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律にかかる自立支援医療の利用者負担額の決定にあたり、世帯の課税状況、その他税務資料及び年金受給状況を調査することに同意します。

平成　　年　　月　　日

住所　久遠郡せたな町

氏名　　印