

# 同意書

遠賀町長 殿

私は、自立支援医療又は障害福祉サービス等の支給認定のために必要があるときは、社会保険事務所、各種共済組合又は各市町村税・住民部局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。なお、以上の内容については、世帯全員にも承諾を得ています。

令和 年 月 日

住所 遠賀町

氏名

印