

# 同意書

所 沢 市 長 宛

下記の申請にあたり、本人確認のための個人番号の取得について同意します。併せて、自立支援医療費の支給認定にあたり、必要があるときは、私及び私の世帯員（以下「私達」という。）の市町村民税課税状況、国民健康保険の加入状況、年金等の受給状況について、関係する担当課または、その他官公署に照会することについて同意します。

なお、照会をするにあたり、関係する担当課または、その他官公署に対し、私達が同意している旨を伝えて構いません。

- 精神障害者保健福祉手帳 申請書
- 障害者手帳記載事項等変更届・再交付申請書(県)
- 自立支援医療費(精神通院医療)支給認定申請書(変更・他県転入)
- 自立支援医療受給者証等記載事項変更届
- 自立支援医療受給者証再交付申請書(精神通院医療)

令和 年 月 日

ご住所 所沢市

申請者氏名

提出者氏名

※申請者本人が提出の場合、提出者氏名欄の記載不要

※職員記入欄