調　査　同　意　書

　私は、自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定申請にあたり、支給認定の際に必要な個人番号（受診者本人及び同一保険の加入者（※１）のもの）や税情報及び手当の受給状況等について、貴職が調査又は関係機関に照会することに同意します。

　令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　（受診者本人又は受診者の保護者）　※２、※３

　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　ﾌﾘｶﾞﾅ

　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　受診者との続柄等

　　　　　　　　　市

­　　　　　　 町　長　殿

村

※１　同一保険の加入者とは、受診者の医療保険が国民健康保険（退職者被保険者証等も含む）の場合は同じ記号番号の者、後期高齢者医療の場合は同一世帯の後期高齢者医療の者、その他の場合は被保険者・組合員にあたる者を指す。

※２　原則、受診者から得るものとするが、これが困難な場合は、自らの身分を示す適宜の書類を提出させた上で保護者等から得てもよい。

※３　調査同意者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。