

同意書

自立支援医療（育成・更生・精神通院）の支給認定に際し、必要があるときは、私および私の世帯員に係る年金受給状況を関係機関に確認されることについて同意します。

平成 年 月 日

住 所
延岡市

氏 名 印

(注意)

受診者が18歳未満の場合には、保護者の住所・氏名を記入し、押印をしてください。

延 岡 市 長 様