

# 同意書

年 月 日

青森市長 様

《 申請者 》（受診者が18歳未満のときには、保護者となります）

住 所

氏 名

（続柄） 印

※申請者の氏名を自署する場合には、押印を省略可能

生年月日

年 月 日

《 18歳未満の受診者 》

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日

私の「世帯」について、次の事項を貴市で調査し、青森県へ進達すること並びに貴市が年金事務所、都道府県に照会すること及びこれらの機関が回答することに同意します。

## 記

### 1. 確認（照会）事項

医療保険の世帯及び保護者に係る課税状況・生活保護受給状況・国民健康保険加入状況・障害基礎年金等々の公的年金・特別児童扶養手当等の受給状況の確認

### 2. 確認（照会）理由

自立支援医療の支給認定申請手続きの簡素化のため