**同　　意　　書**

　自立支援医療（更生医療）の給付決定にあたり，障がい福祉課長

が，給付決定に必要な私（世帯）に関する次のことを，各関係機関で

確認することに世帯全員が同意します。

・　世帯，所得，課税，生活保護に関する状況

　　　　・　医療保険に関する状況及び給付内容

　　　　・　年金に関する状況及び給付内容

　・　医療機関での治療内容

令和　　　年　　　月　　　日

住所　　　高知市

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※）

（※）　本人が手書きしない場合は，記名押印してください。