**別紙第１６号様式**

同　　意　　書

（自立支援医療（精神通院））

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 令和　　年　　月　　日

　　　　　更別村長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　同意者 住　所

（受診者）

　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　氏　名 　印

（受診者が１８歳未満の場合は、保護者）

　自立支援医療（精神通院）の申請に必要があるときは、私及び私の「世帯」の保険加入状況、課税状況及び所得・収入の状況につき、貴市町村が確認（照会）することに同意します。

　また、貴市町村の確認（照会）に対し、関係部署等に私が同意している旨を伝えても構いません。

記

　１　確認（照会）事項

保険加入状況、課税状況、所得・収入状況の確認

　２　照会・確認理由

　　　自立支援医療の支給認定申請等にあたって、提出書類等では保険加入状況、課税、所得・　　　収入状況の確認が困難であるため。