（参考様式第１号）

年　　月　　日

高根沢町長　　　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 受診者以外の者 | １ | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 受診者との関係 |  |
| ２ | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 受診者との関係 |  |
| ３ | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 受診者との関係 |  |
| ４ | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 受診者との関係 |  |
| ５ | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 受診者との関係 |  |

　私（私達）は、上記受診者について障害者総合支援法に基づく自立支援医療の支給認定の申請を行うにあたり、貴下職員が当該申請に必要な私（私達）の税情報や手当の受給状況等を調査することに同意いたします。