**所得状況等の調査に関する同意書**

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定の申請に伴う本人負担の認定に際し、貴市での私及び同一世帯のもの並びに同一保険者の市民税額等の調査を行うことに同意します。

　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　申請者（住所）

　　　　　　　　　　　（氏名）

　　申請者が１８歳未満の場合の保護者

　　　　　　　　（保護者住所）

（保護者氏名）

（利用者との関係）

　浜　田　市　長　様