

自立支援医療（更生医療）自己負担額決定に係る同意書

自立支援医療（更生医療）支給認定申請の提出に伴い、自己負担額決定のため必要があるときは、私及び私の世帯の所得状況につき、貴町長が税務関係当局に報告を求めることに同意します。

年 月 日

住 所 豊浦町字 _____

氏 名 _____ 印