

調 査 同 意 書

私は、自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定申請にあたり、支給認定の際に必要な個人番号（受診者本人及び同一保険の加入者のもの）や税情報及び手当の受給状況等について、貴職が調査又は関係機関に照会することに同意します。

令和 年 月 日

(受診者本人又は受診者の保護者等)

住 所

ふりがな
氏 名

受診者との続柄等

富山市保健所長 様