

# 同意書

(あて先) 橋本市長

自立支援医療費（育成医療）の支給認定のため、私と同じ医療保険に加入する者全員分の収入等の調査・確認を行うことに同意します。

年 月 日

住所 橋本市

氏名 \_\_\_\_\_ 印