

同 意 書

板橋区長 あて

自立支援医療（精神通院）支給認定申請にあたり、板橋区職員が私の板橋区における 住民税課税状況・生活保護受給状況 を閲覧、確認し、その情報を東京都に提供することに同意します。

年 月 日

※自署又は記名押印をお願いします。

(申請者)

住 所
氏 名 _____ 印

(同一世帯員) ※住所は申請者と異なる場合のみ記入

住 所
氏 名 _____ 印

住 所
氏 名 _____ 印

住 所
氏 名 _____ 印

住 所
氏 名 _____ 印

同一世帯員とは、申請者の加入する健康保険が

国保・国保組合・後期高齢者医療の方・・・同じ保険に加入している世帯全員
(18歳未満で収入のない方を除く)

社会保険・共済保険等の方・・・・・・・・・・被保険者

※課税状況等の必要となる年度の1月1日現在、板橋区に住民登録のない方及び未申告の方は、この同意書は使用できません。

※生活保護受給中の方は、申請者欄を記入してください。