

## 税務資料等調査同意書

身体障害者の障害者自立支援医療費申請に伴い、自己負担額算定のため、申請者と申請者の同一世帯（申請者と同じ医療保険加入者）の税務資料等を、富士宮市障がい療育支援課職員が調査をすることに同意します。

また、以下のとおり送付先を希望します。

- 決定後の受給者証は

( 自宅に送付を希望します ・ 自宅以外に送付を希望します )

- 来年度の更新通知は

( 自宅に送付を希望します ・ 自宅以外に送付を希望します )

自宅住所以外に送付を希望される方は、以下に記入してください。  
施設等に送付を希望する場合は必ずその施設等の許可を取ってください。

住所	〒
宛名	

令和 年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

↓申請者の家族等が代行する場合は以下について記入

代行者 \_\_\_\_\_

(申請者との続柄： \_\_\_\_\_ )