

承 諾 書

年 月 日

加古川市長 様

住 所	
承諾者氏名	

私が受けた自立支援医療（更生医療）に対し、から
(健保組合、共済組合の名称)

給付を受けた附加給付その他これに類する法定外の給付金について、加古川市が調査することを承諾
いたします。

(承諾理由) 自立支援医療費（更生医療）自己負担額助成事業における助成の可否、支給額の
決定に必要なため。