

(病状等調査)

調査の同意書

私と私の世帯員（以下「私たち」という）は、生活保護の申請時又は受給期間中に、私たちの病気の状況や稼働能力及び診療内容等について、佐賀市福祉事務所が医療機関等に確認し、調査をされることに同意します。

また、その調査に際して佐賀市福祉事務所が医療機関等に、私たちがその調査に同意している旨を教示して構いません。

佐賀市福祉事務所長 様

令和 年 月 日

フリガナ 現住所	佐賀市					
世帯主 (同意者)	フリガナ 氏名					
	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	性別
世帯員 (同意者)	フリガナ 氏名					
	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	性別
世帯員 (同意者)	フリガナ 氏名					
	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	性別
世帯員 (同意者)	フリガナ 氏名					
	生年月日	T・S・H・R	年	月	日	性別