

## 同意書

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請にあたり、その認定業務に必要な範囲で、和歌山市が保有する下記の受診者及び受診者の世帯員に係る所得、課税、国民健康保険の加入状況、生活保護の受給状況及び指定難病の受給状況について閲覧又は調査すること、および個人番号を使用し地方税関係情報について取得することに同意します。

また、医療保険上の所得区分に関する情報について、加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

なお、以上の内容について、世帯全員の同意を得ていることを申し立てます。

年 月 日

和歌山市長 様

(受診者) 住所 和歌山市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(申請者) 住所 和歌山市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 受診者との続柄 ( )

(自署又は記名押印)

(被保険者) 住所 和歌山市 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ⑩ 受診者との続柄 ( )

(自署又は記名押印)