

同意書

久留米市長 殿

令和 年 月 日

私は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に定める自立支援医療の支給認定のために必要があるときは、年金事務所、健康保険組合、各種共済組合又は各市町村税・住民部局等官公署に対し、世帯の構成、加入する健康保険、収入の算定対象となる者の市町村民税額等の必要な情報を照会することに同意します。

また、同法律に定める自立支援医療費給付に関する自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票について、受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者等を含む)から受給情報の問い合わせがあった場合、情報を開示(受給者証写しを送付)することに同意します。

(申請者)

住所：_____

氏名：_____ 印

(世帯員の名簿) ※被保険者が他市町村在住の場合は生年月日も記入

住所：_____

氏名：_____ 印

(年 月 日)

住所：_____

氏名：_____ 印

住所：_____

氏名：_____ 印

住所：_____

氏名：_____ 印