

(同意書Ⅱ)

同 意 書

令和 年 月 日

盛岡市長 様

私は、小児慢性特定疾病にかかる医療費支給認定の申請にあたり、盛岡市が市民税・県民税課税情報および加入医療保険の資格情報について、調査・閲覧することに同意します。

また、盛岡市以外の自治体と受診医療機関に対して、この申請に係る情報の照会・提供を行うことに同意します。

申請者名 _____

住 所			
氏 名	続柄	生年月日	備考

※ 国民健康保険世帯の方は、お子さんを含む被保険者全員についてご記入ください。

※ 被用者保険世帯の方は、お子さんと被保険者についてご記入ください。