

同意書

会津美里町長

以下の事項について同意します。なお、同意の期間は本日から次の重度心身障がい者医療費受給者証の更新日までとします。

1. 重度心身障がい者医療費受給者証の交付決定および受給資格確認のために必要がある時は、住民登録資料、税務資料、その他の関係機関の保有する情報について調査・照会・閲覧すること。
2. 重度心身障がい者医療費の給付にあたり必要がある時に、国民健康保険または後期高齢者医療制度に加入している受給者本人および受給者本人と同じ健康保険に加入している同一世帯者について、その健康保険から給付に関する情報提供を受けること。

年 月 日

住 所 _____

(電話番号： _____)

(受給者本人氏名) _____

(同一世帯者) _____

(同一世帯者) _____

(同一世帯者) _____

(同一世帯者) _____

(同一世帯者) _____