

同意書

会津美里町長

会津美里町重度心身障がい者医療費の給付を受けるにあたり、次の事項について同意します。

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。
3. 重度心身障がい者医療費助成資格の確認のために必要な場合に限り、会津美里町が行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律第19条第8号に基づき、地方税関係情報を取得すること。

令和 年 月 日

住 所 会津美里町

(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)
