

同意書

令和 年 月 日

糸魚川市長様

(受診者本人)

住 所 糸魚川市

氏 名 _____

(以下、受診者と同一保険の加入者)

住 所 ☐受診者と同じ
糸魚川市

氏 名 _____

住 所 ☐受診者と同じ
糸魚川市

氏 名 _____

住 所 ☐受診者と同じ
糸魚川市

氏 名 _____

住 所 ☐受診者と同じ
糸魚川市

氏 名 _____

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第52条第1項の規定による自立支援医療費の支給認定及び同法附則第13条の規定によるみなし支給認定のために必要な所得の状況等の調査について、同法第12条の規定に基づき行うことに同意します。

また、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2条第5項に規定する個人番号により、医療保険各法及び高齢者の医療の確保に関する法律による保険給付の資格者等に関する情報について確認することを同意します。